WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK WRZESIEŃ—PAŹDZIERNIK

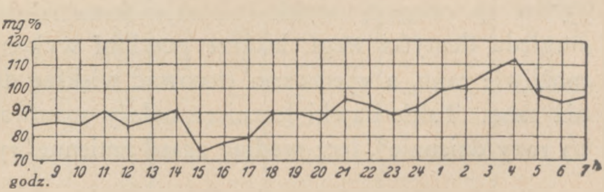
ROK VIII 1937 NUMER 5

Dr A. JORES, Hamburg.

RYTMY DNIA I ICH ZNACZENIE DLA LECZENIA HORMONALNEGO.

(Referat według Med. Welt. 1936, nr 43).

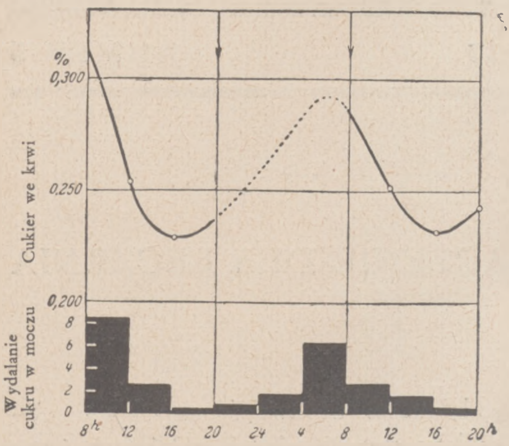
Człowiek żyje według rytmu 24-godzinnego. Sprawność umysłowa człowieka osiąga swój najwyższy szczyt dobowy rano między godziną 10. i 12., następnie stopniowo opada. Ciepłota ciała jest najwyższa około godziny 12. W ten sposób ciepłota i wydolność człowieka osiągają swoje maximum o tej porze. Na ludziach z przetoką żółciową stwierdzono, że samoistne największe wyciekanie żółci odbywa się w godzinach poobiednich, zupełnie niezależnie od przyjmowania pokarmów oraz że zapas glikogenu w wątrobie osiąga swe maximum między godziną 2. i 4. rano i minimum około godziny 12. niezależnie od jedzenia. Również krzywe zawartości cukru we krwi u ludzi zdrowych a także u chorych na cukrzycę przy pożywieniu bezwęglowodanowym lub w czasie głodzenia wykazują we wczesnych godzinach rannych



1) Wahania dobowe zawartości cukru we krwi według Joresa.

wyższy poziom cukru, a wieczorem — niski; największe wydalanie cukru w moczu ma miejsce w godzinach rannych. W warunkach chorobowych dzienne wahania zawartości cukru we krwi stają się nawet znacznie większe. Ze spostrzeżeń tych autor wyciąga słuszny wniosek, że jednorazowe określenie cukru we krwi ma bardzo małą wartość praktyczną. Pacjentom chorym na ciężką cukrzycę należałoby dawać rano większe dawki insuliny i mało chleba, a wieczorem postępować odwrotnie. Autor utrzymywał pewnego diabetyka w stanie zupełnego odcukrzenia bez wszelkiego zwiększania ilości stosowanej insuliny: należało

w tym celu pierwsze wstrzyknięcie insuliny cofnąć o kilka godzin, czyli wstrzykiwać między 4 i 5 rano. Wiadomo, że nadnercza i przysadka mózgowa również okresowo zmieniają w ciągu doby natężenie swego działania wewnątrzwydzielniczego; zachowanie się pod tym względem tarczycy nie zostało jeszcze dokładnie zbadane. Czynnikiem regulującym prawidłowy rytm dzienny jest prawdopodobnie wegetatywny układ nerwowy. W ciągu dnia przeważa napięcie układu współczulnego, w nocy przejmuje władzę nerw błędny. W związku z tym również wytrząsanie adrenaliny z nadnerczy do krwi jest po obiedzie bardzo duże, a rano między 2. i 4. opada do minimum. Odwrotnie zachowuje się we krwi ilość pigmentów hormonalnych przysadki, zależnych prawdopodobnie od układu przywspółczulnego, oraz cała liczna grupa hormonów tylnego płata przysadki. W związku z tym podczas porodu odbywającego się w nocy wystarczają mniejsze dawki wyciągu przysadki niż przy porodach dziennych. Fakt że początek czynności porodowej przypada tak często w nocy nie jest zjawiskiem przypadkowym, lecz znajduje się w bezpośrednim związku z rytmiką przysadki.



Krzywa cukru we krwi u ciężkiego diabetyka nie otrzymującego w dniu badania żadnego pożywienia (czarne — cukromocz), według *Hatleho* (Act. med. scand. 1924, tom 7).

Odczuwanie wrażeń bólowych wykazuje również rytmiczne wahania. Bóle zębów np. osiągają zwykle swe największe natężenie około godziny 18. Z tego względu dentyści wzgl. lekarze powinni wykonywać swe zabiegi operacyjne możliwie rano, a wieczorem stosować większe dawki środków znieczulających niż rano. Takie dawki lecznicze należy stosować nie według starego przepisu „3 razy dziennie“, lecz według zasad zmiennej rytmiki dobowej.

Pułk. dr TEOFIL KUCHARSKI, Docent Uniwersytetu Poznańskiego.

LECZNICZE DZIAŁANIE ZWIĄZKÓW CHEMICZNYCH ZAWIERAJĄCYCH GRUPĘ P-AMINOBENZENOSULFAMIDOWĄ.

(Referat według Polskiej Gazety Lekarskiej, 1937, nr 17).

I. PRONTOSIL.

Praca wykonana w Szpitalu Wojskowym w Poznaniu.

W szczegółowej swej pracy autor opisuje wyniki leczniczego stosowania Prontosilu. Własny materiał obserwacyjny autora wynosi 72 przypadki różnych chorób, wywołanych przeważnie przez paciorkowce lub gronkowce. Artykuł poprzedza obszerny wstęp, w którym autor omawia historię wprowadzenia Prontosilu do lecznictwa oraz własności farmakologiczne preparatu.

Tablica I przedstawia zestawienie przypadków autora według oddzielnych chorób i wykazuje również wyniki lecznicze. Dla porównania i umożliwienia wyciągnięcia wniosków opartych na większym materiale klinicznym autor przytoczył na tej tablicy także wyniki stosowania Prontosilu zebrane z obcego piśmiennictwa.

TABLICA I.

Nazwa jednostki chorob.	Ilość przyp.		Wyleczenie		Poprawa		Bez wpływu		Zgon	
	własne	obce	własne	obce	własne	obce	własne	obce	własne	obce
Erysipelas	29	215	29	210	—	—	—	—	—	5
Erysipeloid	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Angina tonsillaris	6	—	6	—	—	—	—	—	—	—
Scarlatina	5	1	5	1	—	—	—	—	—	—
Sepsis	7	96	2	79	—	—	—	—	5	17
Sepsis puerper.	—	111	—	104	—	—	—	—	—	7
Endocarditis lenta	—	10	—	—	—	—	—	—	—	10
Polyarthr. rheum.	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Otitis media acuta	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Otitis med. et mastoiditis acuta	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Pansinusitis nasalis acuta	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Phlegm., abscessus	2	31	—	31	2	—	—	—	—	—
Furunculosis	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Pyuria infantum	—	75	—	66	—	3	—	6	—	—
Pyelitis adult. spl.	1	3	1	3	—	—	—	—	—	—
Pyelitis gravidarum	5	—	4	—	1	—	—	—	—	—
Pleuritis streptoc.	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Pleuritis pur. tbc.	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Encephalitis letharg.	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Meningitis cerebrospinalis epid.	3	—	1	—	—	—	—	—	2	—
Osteomyelitis ac.	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Razem własne i obce	72	542	54	494	5	3	4	6	8	39
Razem	614		549		8		10		47	

TABLICA II.

Czas trwania gorączki u chorych na różę leczonych w latach 1934 i 1935.

Dni	2	3	4	5	6	7	Razem	8	9	Razem	10	12	13	22	34	Razem
Leczenie zwykłymi sposobami (surowicą)	0	2	1	1	4	1	9 (41%)	3	4	16 (76%)	2	1	1	1	1	22
Leczenie Prontosilem	1	6	1	6	1	1	16 (76%)	3	2	21 (100%)						21
Razem . . .	1	8	2	7	5	2	25	6	6	37	2	1	1	1	1	43

Spośród 29 przypadków róży leczonych Prontosilem obserwowano dokładnie w szpitalu 21 chorych; przypadki te umieszczone są na tablicy II obok 22 przypadków za rok 1935 i 1936, leczonych innymi sposobami.

Reszta przypadków róży (8) leczonych skutecznie Prontosilem ambulatoryjnie nie jest umieszczona w zestawieniu. Z zestawienia widać, że czas trwania gorączki u leczonych Prontosilem jest wyraźnie skrócony w porównaniu z leczeniem innymi sposobami; w 76% przypadków leczonych Prontosilem gorączka spadła w przeciągu tygodnia, w 100% do 9 dni, gdy u leczonych inaczej w tych okresach czasu tylko 41% i 76% wykazał powrót do normy. Równocześnie ze spadkiem ciepłoty zaczyna wyraźnie ustępować obrzęk i zaczerwienienie, które przestaje się rozszerzać jeszcze przed spadkiem ciepłoty. Z tablicy widać, że u leczonych Prontosilem spadek ciepłoty najczęściej (66%) występuje do 5 dni choroby. Autor zaznacza, że w tablicy uwzględniony jest czas trwania choroby, a nie dni leczenia, że chorzy przybywali do szpitala najczęściej pierwszego lub drugiego dnia choroby. Widoczny więc jest wpływ Prontosilu skracający czas trwania choroby. W przeciwieństwie do chorych leczonych surowicą, u których występowały różne powikłania, u leczonych Prontosilem nie stwierdzono ani razu żadnych powikłań. Chorzy leczeni Prontosilem przechodzili różę łagodniej, niż leczeni innym sposobem, czas zdrowienia i pobytu w szpitalu był u nich krótszy. Wniosek stąd, że Prontosil jest skutecznym lekiem na różę.

Erisipeloid. Autor opisuje 1 przypadek erysipeloidu, w którym Prontosil wyraźnie skrócił czas trwania choroby. Po zastosowaniu Prontosilu (3 razy dziennie po 2 tabletki) zaczerwienienie po 2 dniach zbladło, a po dalszych 2 dniach ustąpiło.

Angina tonsillaris. We wszystkich 6 przypadkach stwierdziło się po podaniu Prontosilu szybkie ustępowanie dolegliwości podmiotowych i przedmiotowych. Ze względu jednak na to, że nie były to przypadki szczególnie ciężkie i że takie przypadki wykazują często taki sam szybki przebieg bez stosowania Prontosilu, nie stanowią one dostatecznie przekonywującego dowodu skuteczności Prontosilu.

Scarlatina. Zestawienie obejmuje 5 przypadków: 4 lekkie i 1 ciężki, dotyczący 32-letniej lekarki. Okres trwania gorączki w przypadkach lekkich

nie różnił się od okresu gorączkowego innych chorych leczonych innym sposobem. U żadnego z chorych nie wystąpiły powikłania. Przypadki te nie pozwalają jednak wysnuć żadnych wniosków o wartości Prontosilu. Natomiast przebieg choroby w 5. przypadku pozwala wysnuć wniosek o korzystnym działaniu Prontosilu w płonicy. Szczęśliwe zejście płonicy ciężkiej w ciągu 11 dni, obniżenie się gorączki na drugi dzień po podaniu Prontosilu i dalszy lityczny spadek ciepłoty pozwalają sądzić o skutecznym i korzystnym wpływie Prontosilu na przebieg choroby.

S e p s i s. Z 7 przypadków leczonych Prontosilem zmarło 5, wyzdrowiało 2 chorych. Wyleczone przypadki należały do średnio ciężkich, tak że ich wyleczenia nie można z całą pewnością przypisać podawaniu Prontosilu. W 4 przypadkach, które się skończyły śmiercią, ilość podanego Prontosilu była, jak autor dzisiaj uważa, za mała, albo Prontosil był podany zbyt późno. Spośród 7 tych przypadków jeden (przypadek piąty) był istotnie odporny na działanie Prontosilu.

P o l y a r t h r i t i s r h e u m a t i c a a c u t a. W jednym przypadku wynik leczenia Prontosilem pomyślny, w drugim ujemny, wynik ten nie zachęcał do dalszych prób.

O t i t i s m e d i a a c u t a. Jeden przypadek dotyczył dziecka w wieku 1 rok 10 miesięcy. Dziecko zachorowało 7.XII.1936 r. na ostre obustronne zapalenie ucha środkowego; dnia 11., 17., — za każdym razem obustronne przekłucie błony bębenkowej; dziecko mimo to gorączkuje do 40°; dnia 21. trzecie przekłucie błony i zastrzyk 5 cm^3 (!) Prontosilu sol. domięśniowo, powtarzany codziennie aż do 25.XII. Dnia 21. według słów matki „stan dziecka poprawia się z godziny na godzinę". Dnia 22. rano ciepłota 37°, wieczorem 38°, w następne dni niewysokie stany podgorączkowe. W danym przypadku pomyślne zejście choroby należy przypisać działaniu Prontosilu.

O t i t i s m e d i a e t m a s t o i d i t i s a c u t a, jeden przypadek, w którym na podstawie przebiegu można mówić o pomyślnym działaniu leczniczym preparatu.

P a n s i n u s i t i s n a s a l i s. W jednym przypadku zajęcia wszystkich zatok nosowych zastosowanie Prontosilu spowodowało ogólną poprawę, po 3 dniach spadek gorączki, chory śpi. Do zupełnego wyleczenia jednak podawanie Prontosilu nie doprowadziło.

P h l e g m o n a. W 2 przypadkach ropowicy obok leczenia chirurgicznego podano Prontosil. Czas leczenia był krótszy.

F u r u n c u l o s i s. U chorego W. J., lat 23, 8 rozsianych czyraków wielkości 20-groszówki do 5-złotówki i 11 wykwitów liszaja gronkowcowego. Przez 6 dni podawano po 6 tabletek Prontosilu i 1 zastrzyku 5 cm^3 Prontosilu solubile, miejscowo nic nie robiono. Już po 2 dniach ustąpiło uczucie bólu, gorąca i napięcia; obrzęk, zaczerwienienia zwolna ustępują, po 6 dniach zupełne ustąpienie objawów choroby, poza zasinieniem i pewną sztywnością skóry

w miejscach większych czyraków. W ciągu 2-tygodniowej obserwacji nawrotów nie było.

W drugim przypadku M. B., lat 21, stwierdza się czyraczność uda prawego, obrzęk gruczołów pachwinowych, obrzęk zapalny części miękkich górnej połowy uda prawego i moszen, gorączka 40°; po podawaniu Prontosilu przez 4 dni gorączka ustępuje, a po dalszych 2 dniach ciepłota prawidłowa, obrzęk ustępuje, czyraki znikają.

Trzeci przypadek W. R., lat 21, wykazał podobny przebieg jak pierwszy.

Wszystkie przypadki wykazują niewątpliwą skuteczność Prontosilu.

P y e l i t i s. We wszystkich przypadkach doustne podawanie Prontosilu sprowadziło wyleczenie w czasie od 4 do 11 dni; przypadki były dość uporczywe, gdyż leczenie poprzedzające było bezskuteczne choć trwało dłużej niż leczenie Prontosilem. W jednym przypadku stosowano Prontosil domięśniowo.

P y e l i t i s g r a v i d a r u m. Wszystkie przypadki zapalenia miedniczek nerkowych, a zwłaszcza tak zazwyczaj oporne na leczenie przypadki u ciężarnych, wykazały skuteczność leczniczą Prontosilu.

P l e u r i t i s p u r. s t r e p t o c. Leczenie Prontosilem dało wynik ujemny Były to jednak przypadki o przebiegu wybitnie przewlekłym, leczenie zaczęto dość późno i przerwano po 6 dniach.

P l e u r i t i s p u r. t b c. Przypadek dotyczy 21-letniego chorego dotkniętego gruźlicą jamistą, leczonego odmą. Jako powikłanie wystąpiło surowiczoropne zapalenie opłucnej. Niezależnie od wypuszczania płynu i kontynuowania odmy chory otrzymywał Prontosil w dawkach 3 razy dziennie po 2 pastylki. Prontosil podawano przez 25 dni. Chory poprawił się bardzo i wypisał się ze szpitala w dobrym stanie ogólnym. Przypadek bardzo zachęca do dalszych prób.

E n c e p h a l i t i s l e t h a r g i c a (1 przypadek) i M e n i n g i t i s c e r e b r o s p i n a l i s e p i d e m i c a (3 przypadki). Wydaje się, że w tych stanach chorobowych Prontosil działania leczniczego nie posiada.

O s t e o m y e l i t i s a c u t a. W tym przypadku stwierdziło się polepszenie stanu choroby po Prontosilu, zmniejszenie i zanik wysięku z przetok. Przypadek ten znamienny i przez to, że Prontosil podano w okresie wystąpienia powikłania ze strony nerek pod postacią g l o m e r u l o n e p h r i t i s a c u t a. Choroba nerek nie uległa pogorszeniu, przeciwnie polepszeniu. Przypadek przemawia za prawdopodobnie skutecznym leczeniem o s t e o m y e l i t i s przez Prontosil i zdecydowanie za nieszkodliwością Prontosilu dla nerek.

Następnie autor poddaje swój materiał obserwacyjny krytycznej analizie i dochodzi do wniosku, że w jego spostrzeżeniach (72 przypadki) ilość dodatnich wyników leczenia Prontosilem wynosi 54 przypadki.

Mechanizm leczniczego działania Prontosilu w zakażeniach polega prawdopodobnie na zmniejszeniu odporności lub na uszkodzeniu bakterii w ustroju żywym i uczynieniu ich mniej odpornymi na siły obronne ustroju.

Pomyślny wynik leczenia Prontosilem zależy do pewnego stopnia od wczesnego rozpoczęcia leczenia i zastosowania odpowiednio wysokich dawek, zmniejszenia dawek z chwilą poprawy i kontynuowania podawania małych dawek jeszcze przez 3 do 5 dni po ustąpieniu gorączki i objawów ostrych.

Podawanie Prontosilu nawet w dużych dawkach i przez dłuższy czas nie wywołuje szkodliwych następstw dla narządów ustroju ludzkiego, pominąwszy rzadkie wypadki wywoływania nudności i rzadsze jeszcze wymiotów.

Stosowanie Prontosilu nie czyni zbytecznym stosowania wypróbowanych innych metod leczniczych, w szczególności zabiegów chirurgicznych.

Prontosil stanowi cenne wzbogacenie naszego arsenału leczniczego. Do środków chemoterapeutycznych w ścisłym tego słowa znaczeniu jak chinina, emetyna, plasmochina, atebryna, germanina, salvarsan i inne przybył nowy środek chemoterapeutyczny, szczególnie cenny właśnie ze względu na częstość chorób wywołanych paciorkowcem i gronkowcem, jako też z tego względu, że jest to pierwszy środek chemoterapeutyczny działający skutecznie na zakażenia bakteryjne. Odkrycie Prontosilu, dokonane przez *Mietscha*, *Klarera* i *Domagka*, nie było dziełem ani przypadku ani szczególnej intuicji, lecz wynikiem celowo przeprowadzanych i żmudnych kilkuletnich badań.

Dr J. J. WUITE, Klinika psychiatryczno-neurologiczna w Groningen.

LECZENIE CHORÓB NEUROLOGICZNYCH PREPARATAMI WĄTROBOWYMI.

(Referat według Nederl. Tijdsch. voor Geneesk. 1934, tom 78).

W ciągu ostatnich kilku lat obserwowano w klinice neurologicznej w Groningen szereg chorych, dotkniętych zaburzeniami nerwowymi, powstałymi na podłożu anemii złośliwej. Chorych tych leczono wątrobą lub preparatami wątrobowymi. Wyniki terapii wątrobowej były na ogół bardzo pomyślne. Autor przytacza w streszczeniu 6 historyj chorób, na których podstawie można ocenić objawy neurologiczne przed leczeniem i po leczeniu.

1. Chory lat 44; w ciągu $1^1/_2$ roku rozwinął się stopniowo typowy obraz ciężkiej niedokrwistości złośliwej i ciężkiego stopnia porażenia. Po 6 miesiącach leczenia wątrobowego poprawił się nie tylko obraz krwi i stan fizyczny lecz również i zaburzenia neurologiczne. Zaburzenia ruchowe i czuciowe, pęcherzowe, odruchowe i koordynacyjne ustąpiły zupełnie. Chory otrzymywał codziennie domięśniowe wstrzyknięcie 2 cm^3 Campolonu oraz niewielką ilość wątroby w pożywieniu.

2. Chora lat 39, od $1^1/_2$ roku objawy anemii złośliwej z zaburzeniami neurologicznymi, przy czym objawy ze strony powrózków tylnych i zaburzenia ze strony nerwów obwodowych były wyrażone znacznie silniej niż klinicznie uchwytne zaburzenia piramidalne. Chorą

leczono domięśniowymi wstrzykiwaniami Campolonu po 2 cm^3 dziennie, ponad to otrzymywała ona doustnie rozcieńczony kwas solny. Objawy anemii ustąpiły bardzo szybko, a następnie po dalszych 2 miesiącach stwierdzono znaczną poprawę również zaburzeń neurologicznych. Zaburzenia pęcherzowe ustąpiły zupełnie, siła kończyn górnych powróciła do normy, a ruchy kończyn dolnych poprawiły się do tego stopnia, że chora mogła znowu samodzielnie chodzić. Przedmiotowych zaburzeń czucia nie stwierdzono. Odruchy kolanowe i Achillesa powróciły, obraz krwi prawie prawidłowy.

3. Chory lat 50, w ciągu 6 miesięcy wytworzył się obraz kliniczny ciężkiej niedokrwistości złośliwej. Leczenie wątrobowe wpłynęło wybitnie pomyślnie na stan krwi, tak że chory poprawił się doskonale. Po upływie $1\frac{1}{2}$ roku leczenie wątrobowe przerwano, po czym chory zaczął się skarżyć na zaburzenia czuciowe. Pomimo wznowienia leczenia wątrobowego stan chorego pogarszał się coraz bardziej, tak że wreszcie z powodu porażenia nie mógł już opuszczać łóżka. Zastosowano energiczne leczenie wątrobowe, polegające na codziennym domięśniowym wstrzykiwaniu 2 cm^3 Campolonu; po 4 miesiącach stwierdzono wybitną poprawę nie tylko anemii lecz również zaburzeń neurologicznych. Napięcie mięśniowe powróciło do normy, chory mógł znowu chodzić i biegać, koordynacja rąk była bez zarzutu, zaburzenia mowy ustąpiły. Badanie neurologiczne nie wykazywało już żadnych zaburzeń czuciowych przy odczuwaniu wrażeń dotyku, bólu i temperatury. Odruchy Achillesa i brzuszne wróciły. Ustąpiły również zaburzenia pęcherzowe. Osiągnięta poprawa nie tylko utrzymywała się w ciągu 2 lat, lecz czyniła nawet dalsze postępy. Chory odzyskał swą całkowitą dawną siłę mięśniową, może dużo chodzić i prowadzi nawet samochód. Obraz krwi w granicach normy.

4. Chory lat 53, cierpi na anemię złośliwą. W przebiegu choroby po $1\frac{1}{2}$-rocznym skutecznym stosowaniu wątroby, rozwinęły się w okresie nieregularnego leczenia wątrobowego w ciągu 7 miesięcy zaburzenia czuciowe i ruchowe. Zastosowano doustnie duże dawki wyciągu wątrobowego. Po 8 tygodniach napięcie mięśni wróciło do normy, zdolności ruchowe poprawiły się do tego stopnia, że pacjent może się sam podnosić z leżącej pozycji, może stać i chodzi coraz lepiej. Zaburzenia czuciowe zmniejszyły się znacznie, odruchy kolanowe powróciły, zaburzenia pęcherzowe i kiszkowe ustąpiły.

5. 27-letni mężczyzna podczas pracy w polu w bardzo upalnym dniu uległ „porażeniu z gorąca"; po krótkim czasie pacjent zupełnie powrócił do zdrowia. Po 2 latach zaczął odczuwać bóle i parestezje w kończynach; z biegiem czasu doszło do niedowładu nóg z silną ataksją, tak że chory nie mógł już opuszczać łóżka. Podczas badania stwierdzono lewostronne ograniczenie pola widzenia i lekki niedowład lewostronny. Ponad to badanie wykazało objawy zapalenia wielonerwowego. Sok żołądkowy nie zawierał wcale kwasu solnego. Obraz krwi nie był co prawda charakterystyczny dla niedokrwistości złośliwej, lecz nasuwał jednak podejrzenie tej choroby. Na tej podstawie zastosowano leczenie wątrobowe: chory otrzymywał codziennie domięśniowe wstrzyknięcie 2 cm^3 Campolonu. Już po 10 dniach tego leczenia nastąpiła poprawa: bóle i parestezje cofnęły się, błona śluzowa języka odzyskała swój prawidłowy wygląd, zaburzenia czuciowe były znacznie łagodniejsze, odruchy z mięśnia dwugłowego i kolanowego powróciły do normy.



Istizin



skuteczny, łagodny, nie posiadający żadnego smaku

ŚRODEK CZYSZCZĄCY

wskazany przy wszelkich postaciach zaparcia dla uregulowania czynności kiszek.

½—1—2—3 tabletki po kolacji.

Opakowania oryginalne:

rurki	po 10	tabletek	à 0,15 g	zł	1.20
„	„ 30	„	„ 0,15 g	„	2.70
pudełka	„ 60	„	„ 0,15 g	„	5.—
kliniczne:	„ 500	„	„ 0,15 g	„	25.30

BAYER

Czego wymagamy przy leczeniu wapniowym?

Preparat wapniowy musi być:
1) przyjemny w użyciu,
2) wchłaniać się szybko i dobrze,
3) pozostawać długo w ustroju.

Tym wymaganiom odpowiada doustny preparat wapniowy

Selvoral

Selvoral nadaje się doskonale również i do dłuższych kuracji, gdyż nie posiada prawie żadnego smaku i łatwo rozpuszcza się w wodzie.

Opakowania oryginalne:

pudełka po	50 g	zł	4.35
„ „	100 g	„	8.35
„ „	500 g	„	28.—

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

Warszawa, ul. Hipoteczna 5.

6. Chora, lat 28; w bardzo krótkim czasie wytworzył się typowy obraz zapalenia rdzenia, tak że pacjentka nie mogła wcale chodzić. W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono bardzo silny odczyn białkowy. Obraz krwi był prawidłowy. Sok żołądkowy nie zawierał kwasu solnego. Leczenie: 10 dożylnych wstrzykiwań po 10 cm^3 40%-owego roztworu heksametylenotetraminy oraz codziennie 2 cm^3 Campolonu domięśniowo. Po 2 miesiącach wszystkie objawy neurologiczne ustąpiły prawie bez śladu.

Przypadki 3. i 4. wykazują, jak wielkie znaczenie ma regularne kontynuowanie leczenia wątrobowego; w przypadkach tych początkowo nie stwierdzono żadnych poważniejszych zaburzeń neurologicznych. Leczenie wątrobowe doprowadziło do zupełnie prawidłowego obrazu krwi. Gdy jednak przestano regularnie stosować wątrobę, wystąpiły nawroty z ciężkimi zaburzeniami nerwowymi. Wznowienie energicznego leczenia wątrobą doprowadziło znowu do znacznej poprawy. Nie wszyscy chorzy tego rodzaju powrócili zupełnie do zdrowia, stan ich jednak poprawił się o tyle, że mogą się obywać bez obcej pomocy.

U szóstej pacjentki zaburzenia neurologiczne pozwoliły tylko na rozpoznanie zapalenia rdzenia. Również i w tym przypadku zwrócono się do leczenia wątrobowego. Można by tu było, zwłaszcza na podstawie zmian w płynie mózgowordzeniowym, postawić zarzut, że podłożem zmian chorobowych było w tym przypadku rozsiane stwardnienie rdzenia, przy którym nierzadko następuje samoistna poprawa. Przypuszczenia takiego istotnie nie można odrzucić, chociaż zmiany kliniczno-neurologiczne nie przemawiają w tym kierunku, a poprawa pod wpływem Campolonu była istotnie bardzo duża.

Dr H. HORNUNG, Zakład Higieny w Fryburgu w Bawarii.

ZEPHIROL — NOWY ŚRODEK ODKAŻAJĄCY.

(Referat według Dtsch. Med. Wschr. 1936. nr 25).

Zephirol jest to mieszanina wysokodrobinowych chlorków alkilo-dwumetylobenzylo-amonowych. Zephirol wypróbowało niezależnie od siebie wielu badaczy i to zarówno in vitro jak in praxi i wszyscy stwierdzili, że preparat odznacza się istotnie nadzwyczaj silnym działaniem bakteriobójczym w stosunku do wegetatywnych postaci drobnoustrojów. Szczególnie wrażliwe na działanie odkażające Zephirolu okazały się ziarenkowce gramo-dodatnie, jak gronkowce i paciorkowce, następnie również pneumokoki; jednakże i na laseczniki gramo-ujemne z grupy okrężnicy i duru Zephirol działa bardzo energicznie. Spośród innych zarazków Zephirol unieszkodliwia gonokoki, laseczniki błonicy i krętki oraz trichomonady. Działanie Zephirolu na zarodniki jest silniejsze niż większości innych zwykle stosowanych środków odkażających. Jedynie laseczniki gruźlicy są bardzo odporne. Szereg badań kontrolnych wykonano z do-

datkiem białka, które osłabia wprawdzie działanie preparatu lecz zupełnie go nie niweczy. Ścisłe badania laboratoryjne, doświadczalne i kliniczne nad działaniem dezynfekującym Zephirolu przeprowadzili *Domagk, Schneider, Rothenberg, Berge, Klive* i *Hornung.* Liczne te badania są w istocie swej zupełnie zgodne i wzajemnie się uzupełniają. Autor wykonał w dokładnie jednakowych warunkach doświadczalnych szereg badań porównawczych dotyczących wpływu Zephirolu na najróżnorodniejsze bakterie oraz wpływu kilku najczęściej używanych środków dezynfekcyjnych jak sublimat, Liq. Form. sapon., fenol, roztwór mydła krezolowego, połączenia chlorowe itd. Okazało się, że działanie Zephirolu przewyższa działanie innych środków odkażających. Naprzykład dla zahamowania rozmnażania się gronkowców wystarczyło działanie w ciągu 2 i pół minuty 0,2%-owego rozcieńczenia oryginalnego roztworu Zephirolu, podczas gdy dla osiągnięcia tego samego wyniku potrzeba było zastosować 0,3%-owy roztwór sublimatu, 1,9%-owy fenolu i przeszło 30%-owy Liq. Form. sapon. Z doświadczeń tych wynika, że, pomijając sprawę laseczników gruźliczych, Zephirol może z powodzeniem zastąpić wszystkie wyżej wymienione środki dezynfekujące włącznie z sublimatem, przy czym działanie Zephirolu na zarodniki jest nawet lepsze niż sublimatu; do odkażania zaś plwociny sublimat również przedstawia środek nieodpowiedni. Roztworu mydła formaldehydowego dla celów dezynfekcji, zwłaszcza w praktyce ginekologicznej, nie powinno się już wcale stosować, gdyż jest to środek bardzo słaby. Metoda porównywania środka odkażającego z licznymi innymi daje pewniejszy obraz jego wartości niż obliczanie współczynnika fenolowego. W praktyce próby z odkażaniem rąk wykazały niezwykłą siłę odkażającą Zephirolu. *Wetzel* porównywał Zephirol z 60%-owym alkoholem i stwierdził, że doskonałe działanie Zephirolu znacznie przewyższa działanie alkoholu. *Caesar,* zwłaszcza na podstawie 2-letniego stosowania Zephirolu dla celów odkażania rąk zwraca uwagę na doskonałą tolerancję preparatu i brak własności drażniących również w stosunku do rąk nie znoszących np. sublimatu lub w ogóle bardzo wrażliwych. Dodanie mydła zmniejsza nieco siłę odkażającą Zephirolu, wobec czego wskazane jest, aby po myciu rąk mydłem spłukać je starannie. Niepomyślny wpływ mydła nie ma tu jednak większego znaczenia. *Rothenberg* stwierdził, że Zephirol nie działa szkodliwie na szczoteczki do czyszczenia zębów i zaleca go w tym celu jako „najlepszy, najtańszy i najprostszy środek dezynfekcyjny".

Zephirol znalazł zastosowanie również w terapii, a zwłaszcza w praktyce ginekologicznej dla leczenia upławów wywołanych przez trichomonady *(Schmidt* i *Rodecurt). Rodecurt* stosuje Zephirol do przepłukiwań pęcherza moczowego (¼ — ½‰). Następnie Zephirol nadaje się doskonale do przemywania ran (½—1%) oraz do odkażania pola operacyjnego zamiast nalewki jodowej. Stężone roztwory Zephirolu oddają cenne usługi przy leczeniu czyraków, o czym autor przekonał się na podstawie własnego doświadczenia. Dobre wyniki da-

wało stosowanie Zephirolu przy leczeniu nadżerek części pochwowej oraz przy ropniach gruczołów sutkowych (10%-owy roztwór do jamy ropnia). Przy przepłukiwaniach pochwy (2 łyżeczki od herbaty na litr wody) pacjentki nawet przy silniejszych stężeniach nie skarżyły się na żadne objawy podrażnienia, zwracały natomiast uwagę na przyjemny zapach preparatu. Zephirol odpowiada wymogom dobrej tolerancji i nieszkodliwości, wobec czego w przypadkach wymagających natychmiastowej interwencji można go zastosować również i w stężonym roztworze do szybkiego odkażania rąk. W warunkach zwykłych roztwór 1%-owy zawsze okazuje się dostateczny. Nad związkami fenolowymi Zephirol posiada cenną przewagę braku zapachu; może on z powodzeniem zastępować 60%-owy alkohol i nawet sublimat.

Dr PRIESACK, Oddział Chirurgiczny Szpitala Górniczego w Bochum.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD DZIAŁANIEM ESMODILU.

(Referat według Münch. Med. Wschr. 1936, nr 47).

W szpitalu dla górników w Bochum leczy się już przeszło od roku pooperacyjne porażenie kiszek oraz towarzyszące mu dość często porażenie pęcherza moczowego prawie wyłącznie za pomocą Esmodilu (bromek trójmetylometoksypropenyloamonu), nowego środka pobudzającego nerw błędny. We wszystkich przypadkach, w których lewatywy w połączeniu z naświetlaniami, nagrzewaniami i zakładaniem rurki do kiszki nie były w stanie pobudzić porażonej perystaltyki kiszek, wstrzykiwano domięśniowo 1 ampułkę = 1 cm^3 Esmodilu, a po 30 minutach stosowano lewatywę. Działanie Esmodilu występowało przeważnie po 1½ — 2 godzinach. Ani razu nie obserwowano pooperacyjnego porażenia kiszek i pęcherza, w którym by Esmodil zawiódł pokładane w nim nadzieje. Stosowanie Esmodilu stało się wprost niezbędne zwłaszcza przy ciężkich, tępych urazach jamy brzusznej, przy których trzeba było przeważnie operować natychmiast bez żadnych wstępnych przygotowań i przy których skuteczne zwalczenie pooperacyjnego porażenia kiszek ma szczególnie duże znaczenie. Ofiary wypadków znajdowały się przeważnie w bardzo ciężkim stanie ogólnym, lecz mimo to Esmodil nie wywoływał żadnych zaburzeń ani dolegliwości. Bardzo dobre wyniki dawał Esmodil przy leczeniu niedrożności paralitycznej; w wielu przypadkach porażenie kiszek, wywołane przez ciężki wstrząs urazowy, szybko ustępowało pod wpływem wstrzykiwań Esmodilu. Toksyczne porażenie kiszek na podłożu zakażenia ogólnego dobrze reagowało na Esmodil stosowany jednocześnie z płukaniem żołądka i lewatywami. U chorych z dłużej już trwającą niedrożnością mechaniczno-dynamiczną, jaką obserwujemy np. w dalszym przebiegu tępego urazu brzucha, Esmodil pozwa-

lał na uniknięcie nowej operacji. Przy tym wskazaniu celowe jest po 2 — 3 godzinach wstrzyknąć jeszcze jedną ampułkę Esmodilu i po ½ godzinie ponownie wykonać lewatywę.

Również i porażenie pęcherza, towarzyszące tak często przy ciężkich urazach porażeniom kiszek, np. porażenie pęcherza po poważnych zabiegach operacyjnych, uporczywy bezmocz po złamaniach miednicy z uszkodzeniem pęcherza i cewki moczowej, reagują pomyślnie na działanie lecznicze Esmodilu.

Oto kilka historyj chorób wykazujących wpływ Esmodilu na porażenie kiszek lub pęcherza moczowego:

1. B. K., lat 40; silny, tępy uraz brzucha, z przerwaniem kiszek cienkich w 3 miejscach w okolicy jelita biodrowego. W drugim dniu po operacji: brzuch wzdęty, wrażliwy na ucisk, kłujące bóle, brak ruchów perystaltycznych, podejrzenie zapalenia otrzewnej. Naświetlania i lewatywy pozostały zupełnie bez wpływu. Wówczas wstrzyknięto 1 cm^3 Esmodilu oraz założono rurkę do odbytnicy. Perystaltyka kiszek zaczyna powoli działać, po 3 godzinach drugie wstrzyknięcie, które dało już doskonały wynik terapeutyczny. Sprawa zakończyła się wyleczeniem.

2. V. J., lat 27, tępy uraz brzucha i klatki piersiowej, ostre zapalenie trzustki, martwica tkanki tłuszczowej. W 3. dniu po operacji objawy niedrożności. Wzdęcie, brak perystaltyki. 1 cm^3 Esmodilu, po ½ godzinie lewatywa, po czym w krótkim czasie nastąpiło wypróżnienie. Wyzdrowienie bez powikłań.

3. M. H., lat 21, otwarte złamanie lewego podudzia, ostre ropne zapalenie szpiku kostnego. Zakażenie ogólne. W przebiegu zakażenia ogólnego nagle wystąpiły gwałtowne wymioty. W okolicy żołądka wyraźne pluskanie, pętle kiszek bezpowietrzne, w kiszkach zupełna cisza. Płukanie żołądka. Jedynie nieznaczna przemijająca poprawa. Płukanie żołądka i 1 cm^3 Esmodilu. Wyraźna poprawa. Perystaltyka powraca, wymioty ustąpiły. Zgon po 8 dniach wskutek postępującego osłabienia krążenia.

4. L. K., lat 37. Złamanie prawego ramienia, utrata lewej dłoni, zwichnięcie lewego stawu kolanowego, porażenie nerwów strzałkowego i promieniowego, silny wstrząs ogólny. Na drugi dzień po wykonaniu zabiegów operacyjnych brzuch wzdęty; porażenie kiszek. Po Esmodilu i lewatywie odejście wiatrów i wypróżnienie. Wyleczenie.

5. A. F., lat 17. Urazowe złamanie miednicy, rozerwanie cewki moczowej. Sectio alta, cewnik na stałe. Pomimo że cewka wreszcie stała się zupełnie drożna, chory nie mógł sam oddawać moczu. Dla uniknięcia konieczności codziennej kateteryzacji uszkodzonej cewki moczowej zastosowano z powodzeniem wstrzykiwania Esmodilu.

Dr M. RODECURT, Hanower.

LECZENIE UPŁAWÓW POCHWOWYCH WYWOŁANYCH PRZEZ TRICHOMONADY I KRWAWIEŃ MACICZNYCH ZWIĄZANYCH Z TYM ZAKAŻENIEM.

(Referat według Dtsch. Med. Wschr. 1935, nr 19)

Najskuteczniejszym środkiem dla leczenia upławów pochwowych wywołanych przez trichomonady jest niewątpliwie Devegan, który nie zawodzi zresztą również przy upławach nieswoistych. Do przepłukiwań oczyszczających i obmywań sromu, krocza i odbytnicy autor stosuje Zephirol. Dla przeniknięcia możliwie do wszystkich uchyłków, w których mogłyby się ukrywać trichomonady, *Rodecurt* zaleca niezależnie od leczenia Deveganem i Zephirolem stosować ponad to obmywania Zephirolem w następujący sposób:

Po oczyszczeniu pochwy i ew. odciągnięciu zawartości z części pochwowej macicy, obmywa się tę część i wyciera kilkakrotnie kanał szyjki za pomocą pozostawiania tamponów z waty przez czas dostatecznie długi albo też wkrapla się bardzo ostrożnie małe dawki Zephiroiu do kanału szyjki. Następnie jeszcze raz obmywa się część pochwową macicy i całą pochwę, wrota pochwy, wargi sromowe, otoczenie ich i krocza oraz okolicę odbytnicy. Jednorazowe wytarcie cewki moczowej i odbytnicy z dostatecznie długim pozostawieniem tamponów z waty. Suche wytarcie sromu i otoczenia. Całe to leczenie należy wykonać nadzwyczaj starannie. Przy zakażeniu trzonu macicy trichomonadami wskazane jest ew. przemywanie Zephirolem również błony śluzowej macicy.

Same przepłukiwania pochwy Zephirolem sprowadzały przy upławach wywołanych przez trichomonady poprawę jedynie przemijającą. Ze względu na usuwanie przykrego zapachu Zephirol jest wskazany również przy upławach rakowatych. Dla ochrony przed zakażeniem trichomonadami celowym jest dodawanie Zephirolu do przemywań oczyszczających.

Dla obmywania trzonu macicy, szyjki, pochwy, sromu, odbytu i kiszki prostej służy $^1/_2$%-owy roztwór = 1 cm^3 Zephirolu na 200 cm^3 wody; dla oczyszczania cewki moczowej 1 cm^3 Zephirolu na 400 cm^3 wody; dla przepłukiwań pochwowych 1—2 łyżeczki od herbaty na 1 litr wody ($^1/_2$—1%); dla przepłukiwania macicy 1 łyżeczka od herbaty na 1 litr wody (= roztwór $^1/_2$%-owy).

Trzecia część wszystkich pacjentek cierpiących na upławy pochwowe, wywołane przez trichomonady, dostaje prędzej lub później zapalenia śluzówki macicznej. Miesiączkowanie trwa wówczas czasami 9—10 dni lub nawet dłużej. Często period w 3., 4., 5. lub 6. dniu zatrzymuje się prawie zupełnie na 12—36 godzin, po czym wznawia się znowu nieco słabiej na 3—4 dni albo też utrzymuje się nawet do 14 dni pod postacią czerwono-brunatno-żółtawego wycieku. Preparaty sporyszu i inne środki przeciwkrwotoczne, worek z lodem, stosowa-

nie przeżegań jodowych, formalinowych lub srebrowych oraz skrobanie nie sprowadzają żadnej poprawy albo jedynie poprawę przemijającą, jeżeli jednocześnie nie leczyć w sposób swoisty zakażenia trichomonadowego. W razie wytworzenia się szczepów nawrotowych ukazują się znowu zbyt obfite lub długotrwałe krwawienia. *Rodecurt* leczy takie przypadki nieżytu śluzówki macicznej, wywołanego przez zakażenie trichomonadami, w sposób następujący: przez 15 dni wprowadza się codziennie wieczorem w łóżku po 2 tabletki Deveganu głęboko do pochwy, następnie wprowadza się conajmniej jeszcze przez 30 dni po jednej tabletce. Nie wcześniej niż po 45 dniach leczenia ograniczamy powoli dawkę Deveganu do 6—1 tabletek tygodniowo. Podczas patologicznych krwawień nie należy Deveganu odstawiać a raczej dawkę jeszcze zwiększyć. W razie wystąpienia swędzenia i palenia stosuje się tak często jak potrzeba, np. codziennie w południe lub po obiedzie przepłukiwania pochwy pod niewielkim ciśnieniem oraz zmywania zewnętrznych części płciowych i otoczenia, krocza i odbytnicy z przodu i od tyłu za pomocą łyżeczki Zephirolu na litr przegotowanej, przyjemnie ciepłej wody. W 3., 4., 5. lub 6. dniu krwawienia (w dniach bez krwawienia lub z krwawieniem najsłabszym) po oczyszczeniu mechanicznym i umiejętnym przemyciu pochwy ½%-owym roztworem Zephirolu wyciera się kilkakrotnie kanał szyjki za pomocą tamponów z waty nasyconych ½%-owym roztworem Zephirolu, po czym przemywa się jeszcze takim samym roztworem srom, krocze i odbytnicę. Leczenie to należy stosować w ciągu większej ilości periodów, a ponadto 1—3 razy tygodniowo również i w okresach międzymiesiączkowych.

Prof. dr FERDYNAND HOFF, Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu w Królewcu. Dyrektor: prof. dr H. Assmann.

GOSPODARKA WODNA I RÓWNOWAGA KWASOWO-ZASADOWA.

(Referat według D. Med. Wochenschrift 1935, nr 19 i 20).

Cukrzycy towarzyszą często zaburzenia gospodarki wodnej, przejawiające się suchością skóry i zmniejszeniem napięcia tkankowego; objawy te zależą niewątpliwie od zubożenia ustroju w wodę. Z drugiej strony obserwuje się nierzadko u chorych cukrzycowych obrzęki, które w ciągu jednego lub dwóch tygodni mogą zwiększyć wagę diabetyka nawet o 20 kg. Dieta owsiankowa, podawanie sody i wstrzykiwania insuliny mogą wywołać u chorych cukrzycowych obrzęki. Powstawanie tych obrzęków przypisuje się zaburzeniom nerkowym, wątrobowym, zaburzeniom czynności śródbłonków naczyń włosowatych i wreszcie uszkodzeniom trzustki, uważanej za narząd regulujący przemianę chlorową.

Ostatnie prace omawiające gospodarkę wodną u chorych cukrzycowych uzależniają tę skłonność diabetyków do obrzęków od zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej.

Földes i *Lichwitz* uważają to zjawisko za skutek kwasicy, natomiast *Oehme*, *Noorden* i *Isaac* są zdania wprost przeciwnego, a mianowicie, że kwasica prowadzi do odwodnienia ustroju. *Falta*, *Boenheim* i *Grafe* dowodzą, że między równowagą kwasowo-zasadową i gospodarką wodną nie ma wyraźniejszej zależności przyczynowej i że zjawiska te są od siebie niezależne. Jeszcze inni autorzy uważają, że przyczyną obrzęków są ogólne zaburzenia odżywiania, a przede wszystkim zubożenie komórek w związki białkowe (*Krehl*, *Volhard*) lub też niedostateczne odżywianie (*Thannhauser*, *Lichtwitz*, *Stolte*).

Hoff na podstawie swych siedmioletnich obserwacyj, poświęconych temu zagadnieniu, doszedł do wniosku, że kwasica cukrzycowa wywołuje odwodnienie ogólne wskutek wysuszenia tkanek, podczas gdy ustępowanie kwasicy prowadzi do zjawiska wprost przeciwnego, polegającego na gromadzeniu zapasów wody i wytwarzaniu obrzęków. Pogląd ten został następnie potwierdzony przez *Schade'go*, który wykazał in vitro, że nasiąkanie tkanki łącznej wodą wzmaga się wraz z alkalozą i zmniejsza się jednocześnie z kwasicą.

Dawniejsze badania *Preussa*, przeprowadzane z inicjatywy *Hoffa* i wykonane na 178 diabetykach, były w 118 przypadkach poświęcone zagadnieniu przemiany wodnej. Pierwsza grupa obejmuje 34 chorych cukrzycowych, którzy przybyli do szpitala w stanie ciężkiej kwasicy. U chorych tych stwierdzono, że w bardzo krótkim czasie zatrzymywali oni znaczne ilości wody. Zwiększenie wagi przebiegało równolegle z ustępowaniem kwasicy pod wpływem insuliny i wynosiło przeciętnie 4 kg, pomimo diety, której wartość nie przewyższała naogół 2000 kaloryj. U pewnego mężczyzny, lat 25, przybyłego do kliniki w stanie przedśpiączkowym i w stanie daleko posuniętego odwodnienia, insulina doprowadziła do ustąpienia kwasicy i zwiększyła jednocześnie wagę pacjenta o 19 kg, wywołując, oczywiście, znaczne obrzęki.

Grupa druga obejmuje 20 diabetyków, którzy przybyli bez objawów ketonurii i kwasicy. Chorych tych leczono dawkami insuliny często znacznie większymi niż dawki, jakie otrzymywali pacjenci z grupy pierwszej. Mimo to zwiększenie wagi było tu znacznie mniejsze i ani razu nie przekroczyło 4 kg.

Do trzeciej grupy zaliczono tych chorych, którzy przybyli do szpitala z dość znaczną kwasicą, lecz z tych lub innych względów nie otrzymali insuliny. W grupie tej znajdowało się kilku chorych z dość dużym zatrzymaniem wody. *Hoff* przypomina w związku z tym, że w piśmiennictwie znajdujemy dość liczne opisy przypadków cukrzycy, w których dieta owsiankowa lub podawanie sody wywoływały obrzęki, pomimo jednoczesnej znacznej nawet kwasicy.

Ostatnia, czwarta grupa dotyczy chorych, u których leczenie dietetyczne nie było w stanie doprowadzić do ustąpienia kwasicy; chorzy ci nie mieli obrzęków, aż do chwili zastosowania insuliny, która szybko wyrównała kwasicę. Nie

ulega więc wątpliwości, że zatrzymanie wody w ustroju zależy od zmniejszenia się ilości jonów wodorowych. Spostrzeżenia i krzywe przytoczone przez *Hoffa* wykazują w sposób przekonywujący, że skłonność do odwodnienia jest tym większa im silniejszą jest kwasica. Po wyrównaniu kwasicy, czy to za pomocą insuliny czy diety owsiankowej czy też wreszcie za pomocą podawania związków zasadowych, następuje zatrzymanie wody. Obserwujemy tu znane zjawisko nadmiernego wyrównania, które można do pewnego stopnia porównać z hipotermią występującą po chorobach zakaźnych, przebiegających z wysoką gorączką albo z limfocytozą, następującą po leukocytozie z przesunięciem na lewo.

Zdaniem *Hoffa* zmniejszenie wielomoczu cukrzycowego osiągane za pomocą wstrzykiwań insuliny nie odgrywa tutaj żadnej roli. Następnie zaburzenia odżywiania również nie mogą tu wchodzić w rachubę, gdyż zmiany gospodarki wodnej występują zupełnie niezależnie od wszelkiej poprawy odżywiania. Nie można coprawda zaprzeczyć istnienia pewnej analogii między omawianymi zjawiskami przy cukrzycy i obrzękami głodowymi, należy jednak stwierdzić fakt, że zatrzymanie wody wymaga jako warunku zmiany równowagi kwasowo-zasadowej. Wynika z tego, że zaburzenia nerkowe nie mają tu żadnego znaczenia. Co się tyczy leczenia owsiankowego, podawania zasad i wstrzykiwań insuliny, to działa ono jedynie pośrednio przez wyrównanie kwasicy. W przypadkach cukrzycy bez kwasicy insulina nie wywołuje zatrzymania wody, chociaż niektórzy pediatrzy stwierdzali czasem pod wpływem insuliny pewne zatrzymanie wody u dzieci niecukrzycowych.

Hoff zaznacza, że *Oehme* ma całkowitą słuszność dowodząc, że podczas kwasicy zachodzi utrata związków zasadowych i że podczas ustępowania kwasicy związki te ulegają zatrzymaniu. Przemiana soli mineralnych ma więc pod tym względem wielkie znaczenie. Jednakże te zmiany równowagi kwasowo-zasadowej należy uważać za czynnik pierwotny, utrata zaś zasad jest skutkiem kwasicy. Dowodzi tego fakt, że można wywołać zmianę gospodarki wodnej i zatrzymanie wody bez zmiany diety i bez stosowania soli mineralnych, wyłącznie za pomocą wstrzykiwania insuliny.

Rozważania powyższe mają wielkie znaczenie z punktu widzenia terapii. Całkowite usunięcie sody i ograniczenie soli kuchennej przedstawiają istotnie najlepszy sposób zapobiegania obrzękom powstającym u chorych cukrzycowych. Dla pobudzenia diurezy już uruchomionej przez ograniczenie soli *Hoff* stosuje chętnie Salyrgan i purynowe środki moczopędne. W ten sposób jesteśmy w stanie zwalczać skutecznie obrzęki już istniejące lub grożące chorym cukrzycowym.

Niektórzy autorzy uważają, że rokowanie tych obrzęków jest poważne. *Hoff* nie podziela jednak tego poglądu. Autor obserwował diabetyków, którzy mieli znaczne obrzęki jako skutek stanu przedśpiączkowego, a obecnie po upływie 10 lat czują się dobrze, są czynni i wypełniają bez zarzutu swe obo-

wiązki zawodowe. Podobnie pomyślnie zapatrują się na sprawę rokowania obrzęków cukrzycowych również *Josslin* i *Frank*.

Równowaga kwasowo-zasadowa oddziaływa wogóle na wszelkie wahania gospodarki wodnej, a więc również i na obrzęki chorych niecukrzycowych. Stopień nasiąknięcia wodą tkanki łącznej zależy od stosunku H—OH, czyli od równowagi kwasowo-zasadowej płynów tkankowych. Na tym właśnie fakcie *M. H. Fischer* zbudował swą teorię powstawania obrzęków. Następnie *Schade* wykazał, że zmiany ustrojowe, sprzyjające zakwaszaniu tkanek, wywołują wysuszenie albo odwodnienie, podczas gdy zmiany idące w kierunku alkalozy wytwarzają imbibicję lub hydratację.

U innych chorych rzadko się zdarza, aby zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej przyjmowały takie rozmiary jak przy cukrzycy, przy której w związku z tym analiza tych zjawisk jest łatwiejsza. Wiemy jednak mimo to, że wywołując alkalozę przez podawanie sody u osobników zdrowych, a tymbardziej u osobników posiadających skłonność do obrzęków na tle choroby serca lub nerek, możemy doprowadzić do wyraźnego zatrzymania wody, znacznie coprawda mniejszego niż u diabetyków. Opierając się na tych spostrzeżeniach, *Quincke* mówi nawet o obrzękach alkalicznych. Przy zatrzymaniu wody tego rodzaju niewielkie dawki kwasu solnego wywierają prawdziwe działanie moczopędne. Wdychanie dwutlenku węgla zwiększa ilość i kwasotę moczu. Odwrotnie, częste głębokie oddechy, powodując alkalozę, zmniejszają diurezę i osłabiają kwasotę moczu. Doświadczenia *Dawisa*, *Haldane'a i Renaway'a* wyjaśniły całkowicie to ciekawe zagadnienie.

Chlorek amonu, który przedstawia najskuteczniejszy środek leczniczy dla wywołania przemiany równowagi kwasowo-zasadowej w znaczeniu kwasicy, posiada również silne działanie moczopędne. Chlorek amonu stosujemy często w lecznictwie praktycznym dla zwiększenia diurezy wywołanej stosowaniem rtęciowych środków moczopędnych (*Saxl*) lub teobrominy (*Günzburg*).

W tych warunkach staje się zrozumiałe, że dieta obfitująca w węglowodany sprzyja zatrzymaniu wody przez swój wpływ na równowagę kwasowo-zasadową. Spostrzeżenia takie są znane zwłaszcza pediatrom. Odwrotnie, dieta zawierająca mało węglowodanów wywiera wpływ odwadniający.

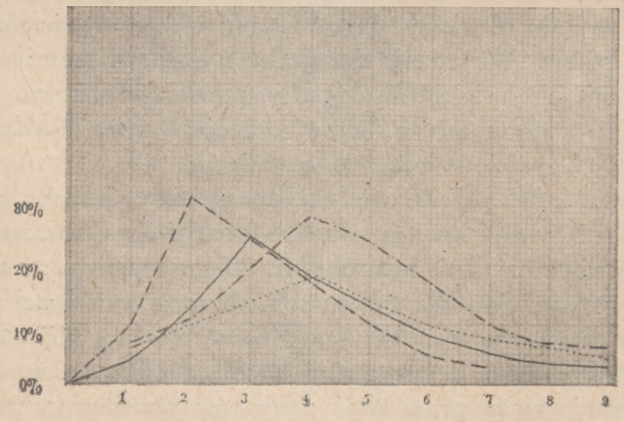
Pomimo to należy jednak stwierdzić, że w gospodarce wodnej ustroju oprócz wahań równowagi kwasowo-zasadowej odgrywają wielką rolę jeszcze inne liczne czynniki, spośród których *Hoff* wymienia ciśnienie mechaniczne, ciśnienie onkotyczne, ciśnienie osmotyczne, działanie serca, nerek, międzymóżdża, przysadki i innych gruczołów dokrewnych.

Dr A. ALBER, Klinika Pediatryczna, Hamburg - Eppendorf.

WCHŁANIANIE WAPNIA PRZY DOUSTNYM STOSOWANIU.

(Referat według Med. Welt. 1936, nr 47).

Wartość lecznicza preparatów wapniowych zależy w znacznym stopniu od sposobu wchłaniania ich w kiszkach. Autor wykonał szereg badań mających na celu dokładne wyjaśnienie szczegółów mechanizmu wchłaniania Selvoralu, glukonianu wapnia i t. zw. sucharków wapniowych. Dzieci, których stan zdrowia wymagał podawania im wapnia, podzielono na 3 grupy; każda z tych grup otrzymywała jeden z wyżej wymienionych preparatów. Miernikiem wchłaniania był poziom wapnia w surowicy. Przede wszystkim obliczano poziom wapnia na czczo, następnie podczas śniadania podawano preparat wapniowy i po 4 godzinach ponownie określano zawartość wapnia we krwi. Dzieci, ważące przeciętnie około 20 kg, otrzymywały w każdym preparacie 800 mg wapnia. Jedynie przy stosowaniu wapnia w postaci sucharków ilości



Godziny po podaniu wapnia.

Poziom wapnia w surowicy krwi przy codziennym badaniu po podaniu 800 mg wapnia w postaci sucharków wapniowych, w postaci soli wapniowej zwykłego kwasu organicznego i w postaci Selvoralu (glukoheksozocytrynian wapnia).

wapnia nie zawsze można było dokładnie określić i tym właśnie tłumaczą się stwierdzone tu znaczniejsze wahania w poziomie wapnia we krwi. Podawanie wszystkich trzech preparatów zwiększało regularnie zawartość wapnia we krwi. Przy stosowaniu Selvoralu poziom wapnia zarówno bezwzględnie jak i procentowo podnosił się nieco wyżej niż przy innych preparatach. W dalszym szeregu obserwacyj autor obliczał zawartość wapnia w surowicy po 14-dniowym leczeniu wapniowym, przy czym ilość wapnia podawanego podczas

pierwszego śniadania również wynosiła 800 mg. W 4 godziny po ostatniej dawce wapnia stwierdzono regularne zwiększanie się poziomu wapnia w surowicy. W kilku przypadkach pobrano surowicę dla kontroli w 20 godzin, po jednodniowym i 14-dniowym stosowaniu wapnia. Poziom wapnia zawsze okazywał się wówczas prawidłowy, zwiększania się zawartości wapnia nie stwierdzono w tych warunkach ani razu. Dla zorientowania się w całym przebiegu krzywej wapniowej podczas doustnego podawania wapnia autor wykonał szereg badań na samym sobie: podczas przyjmownia preparatów wapniowych pobierał sobie co godzinę krew i obliczał w niej zawartość wapnia. Selvoral wywoływał najwcześniejsze i największe podniesienie się poziomu wapnia; przy sucharkach wapniowych najwyższy poziom stwierdzono dopiero po 4 godzinach, natomiast spadek krzywej był nieco wolniejszy. Glukonian wapnia zajmuje stanowisko pośrednie.

Do dłuższego leczenia wapniowego nadaje się tylko taki preparat, który dzieci przyjmują chętnie. Nowoczesne preparaty wapniowe, pozbawione prawie wszelkiego smaku, przedstawiają pod tym względem duży postęp. Jednakże zbyt długie stosowanie jednocześnie z pożywieniem wywołuje wreszcie u dzieci niechęć do jedzenia.

Dr Ch. C. HIGGINS, Cleveland.

WITAMINA A I KAMIENIE MOCZOWE.

(Referat według Journ. Am. Med. Ass. 1935, nr 13).

Żywienie szczurów albinosów pokarmami zawierającymi mało witaminy A wywołuje u nich szybko kamienie moczowe. Jeżeli utrzymywano szczury na diecie bezwitaminowej w ciągu 250 dni, to u 85% zwierząt doświadczalnych stwierdzano kamienie pęcherzowe, a u 42% — nerkowe. Kamienie miały średnicę 0,5 — 8 milimetrów, były okrągławe, jasno brunatne i zawierały przeważnie fosforan wapnia, nie zawierały natomiast wcale szczawianów ani kwasu moczowego. Wytworzenie się kamieni przy diecie bez witaminy A poprzedzają następujące zaburzenia: zrogowacenie nabłonków dróg moczowych, zakażenie moczu i przemiana odczynu moczu na zasadowy. Rogowacenie nabłonków rozpoczyna się po 8—10 tygodniach stosowania diety zawierającej mało witaminy A, zakażenie pęcherza po 30 dniach i zakażenie nerek po 60 — 90 dniach. Jeżeli dieta bez witaminy A trwa 200 — 250 dni, to u 72% szczurów stwierdza się zakażenie pęcherza moczowego, przy czym u 42% spośród tych szczurów istnieje jednoczesne zakażenie nerek. W posiewach znajdywano paciorkowce, gronkowce i inne zarazki. U wszystkich szczurów żywionych pokarmami zawierającymi mało witaminy A odczyn moczu był zawsze zasadowy. Dodanie do pokarmów chlorku amonu zmniej-

sza częstość powstawania kamieni. Również dodanie witaminy A prowadzi do zakwaszenia moczu i zapobiega wytwarzaniu się kamieni.

Dwanaście szczurów z kamieniami pęcherzowymi utrzymywano przez 30—60 dni na diecie obfitującej w witaminę A. Ponad to podawano im przez 50 — 60 dni po 2 krople tranu dziennie. U jedenastu szczurów kamienie zniknęły bez śladu.

Drugą grupę, składającą się z 11 szczurów, utrzymywano przez 96 — 130 dni na diecie zawierającej mało witaminy A; u wszystkich tych szczurów badanie rentgenowskie wykazało obecność kamieni pęcherzowych, a u dwóch stwierdzono jednocześnie i kamienie nerkowe. Następnie szczurom podawano przez 90 dni pokarm obfitujący w witaminę A oraz po 2 krople tranu dziennie; wykonane po upływie tego czasu zdjęcia rentgenowskie wykazały, że u 6 szczurów kamienie pęcherzowe zniknęły zupełnie. U pozostałych 5 szczurów kamienie zmniejszyły się wyraźnie.

Doświadczenia powyższe wykazały w sposób przekonywujący, że dodanie witaminy A do pożywienia sprzyja odrodzeniu się normalnego nabłonka i umożliwia rozpuszczenie się istniejących kamieni. Od 2 lat w klinice w Cleveland pacjentom, którzy przebyli operację kamieni moczowych, podaje się pożywienie możliwie zakwaszające i zawierające wiele witamin, a zwłaszcza witaminy A. Jeżeli mocz pomimo to pozostaje zasadowy, to można stosować leki zakwaszające, jak chlorek amonu albo fosforan sodu. Na diecie tej utrzymywano 7 chorych cierpiących na kamienie nerkowe, którzy na operację się nie zgodzili, albo u których wykonanie zabiegu było niemożliwe. W 2 przypadkach stwierdzono na podstawie zdjęć rentgenowskich, że małe kamienie w dolnym kielichu nerkowym zniknęły w ciągu 4 miesięcy. U 2 pacjentek z licznymi obustronnymi kamieniami nerkowymi kamienie w związku z 13-miesięcznym przestrzeganiem odpowiedniej diety zmniejszyły się znacznie.

Jeden z obserwowanych pacjentów miał wielki kamień, który wypełnił całkowicie lewą nerkę. Chory nie zgadzał się na operację, wobec czego zalecono mu kwaśną dietę, obfitującą w witaminę A; po 6 miesiącach przestrzegania tej diety chory wydalił 323 małych kamieni. Liczba dotychczasowych spostrzeżeń jest jeszcze zbyt mała, aby można było wyciągnąć już ostateczne wnioski o klinicznej wartości dietetycznej metody leczenia kamicy nerkowej. Jednakże już obecnie można polecić pacjentom, którzy chorowali na kamienie nerkowe, przestrzeganie diety kwaśnej, obfitującej w witaminy, a zwłaszcza w witaminę A, jako postępowania zapobiegawczego, mogącego ich uchronić od nawrotów. Równie wielkim jest znaczenie witaminy A w pożywieniu dla zapobiegania wytwarzaniu się kamieni u ludzi zasadniczo zdrowych.

V. O. Conor, Chicago (Journ. Am. Med. Ass. 1935) zajął się sprawdzeniem spostrzeżeń *Higginsa* i chorym, którzy w ciągu ostatnich lat ciągle cierpieli na kamienie nerkowe, podawał dietę obfitującą w witaminę A; dokładne obserwacje chorych wykazały, że dieta ta niewątpliwie łagodzi lub usuwa skazę kamicową.

Dr A. SYLLA i dr L. SYLLA, Klin. Chorób Wewn. Uniw w Halle.

W SPRAWIE LECZENIA CHOROBY BASEDOWA.

(Referat według Fortschr. d. Ther. 1936, nr 6).

Leczenie objawów nadczynności tarczycy za pomocą promieni Rentgena daje pomyślne wyniki w przypadkach niewielkich i miękkich gruczołów, wywołujących jedynie nieznaczne wzmożenie podstawowej przemiany materii (około 30%). Tarczyce natomiast duże i twarde reagują na napromieniania słabo a czasami występuje nawet pogorszenie. Przy silniejszym wzmożeniu przemiany podstawowej szanse skuteczności leczenia promieniami Rentgena (ew. w połączeniu z podawaniem dwujodotyrozyny) nawet przy małych i miękkich gruczołach są mniejsze i leczenie powinno trwać dłuższy czas. Ogółem na klinice wewnętrznej obserwowano 210 pacjentów dotkniętych chorobą Basedowa. Promieniami Rentgena leczono 58 chorych. Wybitną poprawę stwierdzono w 23 przypadkach, w tym 5 można było uważać za wyleczonych. W 44 przypadkach zastosowano napromieniania radowe; wyniki były nieco gorsze: 15 przypadków poprawy, w tym jedno wyleczenie. W ostatecznym wyniku obserwacji należy uznać, że wyniki leczenia choroby Basedowa promieniami Rentgena lub radu są na razie ciągle jeszcze niezadowalające [1]).

Najlepsze wyniki ciągle jeszcze daje zabieg operacyjny. Dwujodotyrozyna jest lekiem odpowiedniejszym dla przygotowania niż jod nieorganiczny, gdyż nawet w razie zaniechania operacji można ją przy właściwym dawkowaniu stosować nadal bez żadnej szkody.

Brom uspokaja wprawdzie niektóre objawy choroby Basedowa, lecz przemianę podstawową obniża zaledwie bardzo nieznacznie. W przypadkach lekkiej nadtarczyczności Luminal [2]) może do pewnego stopnia obniżyć wzmożoną przemianę podstawową, jednakże w przypadkach zaburzeń poważniejszych pozostaje przeważnie bez wyraźniejszego wpływu. Adalina, Phanodorm, Novonal obniżają podstawową przemianę materii o 10 — 15%. W jednym przypadku tyreotoksykozy, powstałej po nieszczęśliwym wypadku, objawy ustąpiły

---

[1]) Według *H. Habsa* (Kl. Chor. Wewn. Uniw. w Królewcu, D. M. W. 1936, nr 28) naświetlania rentgenowskie przysadki mózgowej mogą wpłynąć na objawy tyreotoksykozy znacznie lepiej niż naświetlania tarczycy. Za wskazanie do naświetlania przysadki promieniami Rentgena uważa się tyreotoksykozę starszych kobiet w okresie klimakterycznym lub przedklimakterycznym. Również i u kobiet młodszych, dotkniętych tyreotoksykozą, należy w razie bezskuteczności naświetlania tarczycy wypróbować naświetlanie przysadki. Stan podmiotowy po napromienianiach przysadki poprawia się nadzwyczaj szybko.

[2]) Według *G. Mansfelda, Fr. v. Tuykody i Scheff-Pfeifera* (Pharm. Inst. Pécs. Arch. f. exp. Pathol. und Pharm. 1936, tom 181) Luminal zmniejsza wzmożenie przemiany materii wywołane przez tyroksynę o 16 wzgl. 17%. Duże dawki Luminalu działają nie przez wyłączenie ośrodków wegetatywnych, lecz przez obwodowe zahamowanie utlenienia i obniżają w ten sposób tarczycopochodne wzmożenie przemiany podstawowej.

prawie zupełnie tylko pod wpływem leżenia w łóżku. Również i surowica baranów pozbawionych tarczycy wykazywała, jak się zdaje, przy dostatecznym dawkowaniu w poszczególnych przypadkach pomyślny wpływ leczniczy. *Blum* wykrył w normalnej krwi związek o działaniu przeciwtarczycowym i nazwał go katechiną lub związkiem hamującym; niektórzy autorzy oceniają działanie lecznicze katechiny *Bluma* w sposób dodatni.

Jako leczenie pomocnicze stosowano przy chorobie Basedowa również ergotaminę, porażającą, jak wiadomo, nerw współczulny. Kilku chorych poprawiło się dzięki ergotaminie nie tylko podmiotowo lecz również przedmiotowo.

Ostatnio zalecają leczenie choroby Basedowa witaminami A, B i C. Wobec tego, że choroba beri-beri wywołuje oprócz objawów neurytycznych również zaburzenia podobne do objawów choroby Basedowa, *Veil* i *Sturm* radzą podawać drożdże, zawierające, jak wiadomo, witaminę B albo też witaminę B_1. Chorym znajdującym się w stanie ciężkiego charłactwa *Sturm* (Z. exp. Med. tom 93) zaleca witaminę A (Vogan), witaminę B_1 (Betaxin, drożdże) i witaminę C (Cantan).

Według *R. Siebecka* (M. m. W. 1936, nr 30, str. 1250) między ciężkością obrazu chorobowego i zwiększeniem przemiany podstawowej oraz zawartością jodu we krwi nie ma przy tyreotoksykozach równoległości. Zmiana czynności tarczycy wywołuje przy tyreotoksykozach jakby działanie „multiplikatora“ i wielokrotnie wzmaga pobudliwość pacjentów, co z kolei znowu potęguje czynność tarczycy. Choroba Basedowa często powstaje pod wpływem wstrząsów psychicznych. Przy rozpoznawaniu choroby Basedowa rozstrzygające znaczenie ma nie tylko stopień wzmożenia przemiany podstawowej, lecz również wrażenie ogólne w związku z zaburzeniami krążenia w obecności klasycznej triady objawów (wytrzeszcz, przyspieszenie tętna, wzmożenie przemiany podstawowej). Oprócz wspomnianych już leków i witamin *Siebeck* zaleca pożywienie zawierające mało białka i ew. dnie owocowe. Jod pomaga przy ciężkich postaciach choroby Basedowa, lecz poprawa jest tylko przemijająca i ustępuje miejsca nowemu pogorszeniu. Dla podtrzymania krążenia stosuje się naparstnicę i chinidynę.

A. M. Brogsitter (M. M. W. 1936, nr 30) daje w przeciwieństwie do *Siebecka* (3 razy dziennie po 0,03 g Luminalu = 2 Luminaletki wieczorem 0,1 g Luminalu) znacznie większe dawki Luminalu (6 razy dziennie po 0,1 g), a ponadto arsen (3 — 4 razy dziennie ¼ mg Acidi arsenici). Autorzy ostrzegają w ostrych słowach przed bezkrytycznym stosowaniem jodu. Naświetlania rentgenowskie stosowano tylko u tych chorych, którzy nie nadawali się do operacji. Również *Bergmann* ostrzega przed nadużywaniem jodu. Leczenie jodowe powinno służyć jedynie jako przygotowanie do operacji. Według *Willera* (Med. Klin. 1936, nr 30) wpływ jodu na wole koloidalne i na tarczycę prawidłową jest zupełnie innego rodzaju niż na samoistne wole, swoiste dla choroby Basedowa.

Dr CH. PELIDES i dr F. MICHAELIDES, Maison de Santé de maladies internes, Nicosia, Cypr.

LECZENIE NERWOBÓLÓW NOVALGINĄ I NAŚWIETLANIAMI

(Referat według Therapie d. Gegenwart 1936, nr 9).

Już od kilku lat autorzy stosują z powodzeniem Novalginę przy reumatyzmie mięśniowym i nerwobólach a zwłaszcza przy lumbago, rwie kulszowej i neuralgii nerwu trójdzielnego oraz przy bólach w zakresie nerwu nadoczodołowego. Z biegiem czasu wypróbowano pomyślne działanie lecznicze Novalginy na dużym materiale chorych. Autorzy opracowali następującą własną metodę postępowania:

Codziennie wstrzykuje się 2 cm^3 50%-owego roztworu, co odpowiada 1 g Novalginy, w okolice nerwu znajdującego się w stanie zapalnym, to znaczy przy rwie kulszowej — w okolicy pośladkowej, przy bólach lędźwiowych — w okolicy dolnych kręgów lędźwiowych, a przy neuralgii nadoczodołowej — w czoło i w pobliżu otworu nadoczodołowego. Wkrótce po wstrzyknięciu nagrzewano chore miejsce prądami o wysokiej częstotliwości (radiostat) i światłem pozaczerwonym. To leczenie nagrzewaniami stosowano codziennie przez 15 minut. Działanie lecznicze ujawniało się bardzo szybko.

U pewnej 55-letniej kobiety uporczywy jednostronny nerwoból nadoczodołowy ustąpił już po 3 zabiegach:

Silne bóle w okolicy lewej brwi, promieniujące do lewej połowy czoła. Objawy półpaśca (Herpes zoster) na przebiegu nerwu nadoczodołowego i na rogówce lewego oka. Ucisk na otwór nadoczodołowy bardzo bolesny. Badanie dentystyczne i oto-rhinologiczne żadnych zmian chorobowych nie wykazywało. Po trzykrotnym wstrzyknięciu Novalginy w bolesne miejsce i zastosowaniu terapii fizykalnej bóle ustąpiły bez śladu.

15 chorych cierpiących na dotkliwe bóle lędźwiowe (lumbago) wyleczono zupełnie po 3 — 7 zabiegach. Wielu pacjentów z neuralgiami mięśniowymi i rwą kulszową udało się wyleczyć po 4 zabiegach. Inni poprawili się znacznie i odczuwali wyraźną ulgę. Zupełne ustąpienie objawów następowało najpóźniej po dwutygodniowym leczeniu. Na podstawie swoich spostrzeżeń autorzy dochodzą do wniosku, że prądy o wysokiej częstotliwości i promienie pozaczerwone wzmacniają przeciwzapalne i przeciwbólowe własności Novalginy.

Dr H. SCHRANZ, Szpital Miejski, Weilburg n. Lahną.

LECZENIE ZAKAŻEŃ SEPTYCZNYCH.

(Referat według Münch. Med. Wschr. 1935, nr 11).

Autor leczył Prontosilem przeszło 60 chorych, dotkniętych posocznicą. Trzech spośród tych chorych zmarło; u pierwszego stwierdzono ciężkie zmiażdżenie uda i uszkodzenie czaszki, powikłane flegmoną gazową, u drugiego zapalenie opon mózgowych po urazie czaszki, w przypadku trzecim przyczyną zgonu był zator po cięciu cesarskim. W przypadkach ciężkich należy odrazu przystąpić do wstrzykiwania dużych dawek kilka razy dziennie. Jako typowy przykład pomyślnego leczniczego działania Prontosilu autor przytacza następującą historię choroby:

Pracownik kolejowy, lat 40, zupełnie zamroczony; czyrak we wnętrzu nosa; badanie bakteriologiczne wykazało obecność gronkowców. Nos i oczy bardzo obrzmiałe. 40,2°, dreszcze. W szpitalu zastosowano natychmiast energiczne leczenie wstrzykiwaniami Prontosilu *). Kataplazmy na nos. Po 4 dniach gorączka opada, obrzmienie oczu ustępuje, chory odzyskuje przytomność. Obfita wydzielina z nosa. Wyleczenie.

Podobnie pomyślnie działał Prontosil również przy gorączce połogowej lub posocznicy po poronieniu, jak to wykazują 2 poniższe historie chorób:

1. Pielęgniarka, lat 25, poród kleszczowy, ręczne wydobycie łożyska. Po 3 dniach 39,8°, dreszcze, brzuch wzdęty, nadzwyczajna bolesność uciskowa, zwłaszcza w okolicy przymacicza. Codzienne wstrzykiwania Prontosilu, okłady lodowe. Po 3 wstrzyknięciach objawy ogólne cofają się, dreszcze już się nie powtórzyły, samopoczucie lepsze. Po 7 dniach ciepłota prawidłowa. Jednakże w 11. dniu, gdy Prontosil już od 4 dni odstawiono, gorączka znowu podnosi się do 38,5°. Natychmiast ponowne wstrzyknięcie Prontosilu. Następnego dnia stan bezgorączkowy, po czym po dalszych 5 dniach pacjentka powróciła do domu jako wyleczona.

2. Poronienie w 7. miesiącu, ciężkie objawy septyczne. Energiczne leczenie wstrzykiwaniami Prontosilu. Po 4 tygodniach niebezpieczne objawy zagrażające życiu ustąpiły zupełnie, utrzymuje się tylko ograniczone nacieczenie w obrębie przydatków po stronie lewej. Pacjentka jest na drodze do szybkiego wyleczenia ostatecznego.

Obecnie autor po każdym porodzie, cięciu cesarskim lub skrobaniu wstrzykuje stale Prontosil jako nadzwyczaj skuteczny środek zapobiegawczy.

Prontosil pomagał również przy schorzeniach czysto gronkowcowych. W przypadku zapalenia szpiku kostnego kości udowej wstrzykiwania Prontosilu i przepłukiwanie miejsca nacięcia wpłynęły tak pomyślnie na przebieg choroby, że dłutowanie kości stało się już niepotrzebne. Czyrak wargi górnej i uszkodzenie urazowe czaszki, w których stwierdzono obecność wyłącznie gronkowców, zareagowały na stosowanie Prontosilu bardzo pomyślnie. Nadzwyczaj skutecznym okazał się następnie Prontosil w przypadku czyraka wargi górnej, wywołanego przez zakażenie mieszane gronkowcowo-paciorkowcowe.

Przy anginach stosuje się z powodzeniem płukanie z rozpuszczonych tabletek Prontosilu. Przy anginie Plaut - Vincenta należy jednak niezależnie od płukania stosować również conajmniej przez 3 dni wstrzykiwania Prontosilu, które skutecznie chronią przed ew. powikłaniami.

*) Prontosil wstrzykuje się obecnie tylko domięśniowo. Ampułki po 5 cm^3 2,5%-owego roztworu. 2 — 3 amp. dziennie, w przypadkach ciężkich 4 — 5 ampułek dziennie.

Dr K. LEITER, Klinika Ginekologiczna w Zwickau.

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM ICORALU, ZWŁASZCZA PO LAPAROTOMIACH.

(Referat według Med. Welt 1934, nr 1).

Autor stosował Icoral natychmiast po wszystkich wielkich operacjach dla wzmocnienia siły serca, podniesienia obniżonego ciśnienia tętniczego, pogłębienia oddechu, przyspieszenia obudzenia się z uśpienia. Po wstrzyknięciu domięśniowym krążenie krwi i oddech poprawiały się bardzo szybko i wyrównywały skutecznie osłabienie wywołane narkozą i zabiegiem operacyjnym. Przy większych laparotomiach i dłuższym trwaniu uśpienia wstrzykiwano stale 2 cm^3 Icoralu domięśniowo. U 19 pacjentek (na ogólną liczbę 25 spostrzeżeń) tętno zwolniło się i wzmocniło. Poprawa ta ujawniała się przeważnie w 10 — 15 minut po wstrzyknięciu, a w jednym przypadku wystąpiła wyraźnie już po 5 minutach. Największe zwolnienie tętna stwierdzano po 30 — 40 minutach, rzadziej nieco później. Tętno utrzymywało się na tym niskim poziomie prawie zawsze przez 1 — 2 godziny, co dowodzi długotrwałości działania Icoralu. Jedynie w 2 przypadkach tętno po pewnym czasie wynosiło znowu 100 uderzeń na minutę. Największe obniżenie częstości tętna wahało się od 60 do 76, jedynie w poszczególnych przypadkach tętno zwalniało się przejściowo do 56. U 6 chorych, u których tętno po operacji nie przyśpieszyło się szczególnie, nie stwierdzono zwolnienia tętna, które byłoby zresztą niepożądane. Przyśpieszenie tętna nie wystąpiło ani razu. Ciśnienie krwi podnosiło się, czasami nawet dość znacznie, u wszystkich chorych, za wyjątkiem jednej tylko pacjentki. Chora ta, której ciśnienie po Icoralu pozostało bez zmiany, wykazała zresztą bardzo nieznaczny spadek ciśnienia. Zwiększenie się ciśnienia można było wykazać już po 15 minutach. Ciśnienie podnosiło się co najmniej o 10, a przeważnie o 15 — 25 mm Hg. Oddech pomimo znacznego podniesienia się ciśnienia nie zwolnił się ani razu. Na podstawie pomyślnych wyników opartych na obserwacji 25 chorych po ciężkich laparotomiach autor uważa, że Icoral ułatwia w znacznym stopniu przezwyciężenie wstrząsu operacyjnego i skutków dłuższej narkozy.

Dr J. ALFVEN, Lekarz Naczelny Szpitala dla umysłowo chorych w Sandbyhov koło Nörrköping.

LECZENIE STANÓW PODNIECENIA U UMYSŁOWO CHORYCH.

(Referat według Svenska Läkertidningen 1936, nr 44).

W zakładzie psychiatrycznym Sandbyhov (Nörrköping) już od roku z powodzeniem leczy się podnieconych pacjentów wielkimi dawkami Luminalu. Poprzednio stosowano głównie leczenie pracą, kąpielami oraz wstrzykiwaniami środków uspokajających. W przypadkach, w których tak pomyślnie zwykle działająca siarka zawodziła, przewlekłe leczenie wielkimi dawkami Luminalu dawało przeważnie bardzo dobre wyniki. Od tego czasu na oddziale „niespokojnym" jest często ciszej niż na oddziale spokojnym. Chorzy otrzymywali przez dłuższy czas bez żadnej szkody do 1,2 g (!) Luminalu dziennie lub prawie 2 g (!) naraz co drugi dzień. Pacjenci z różnymi psychozami (jak otępienie starcze, schizofrenia, obłęd maniakalno-depresyjny, otępienie paralityczne leczone zimnicą, nagminne zapalenie mózgu itd.) poprawiali się często wprost znakomicie.

Przy właściwym postępowaniu leczenie to nie grozi jak się zdaje żadnym niebezpieczeństwem. W licznych przypadkach stwierdzono poprawę, której chyba żadnym innym sposobem nie udałoby się osiągnąć (za wyjątkiem może niebezpiecznego leczenia wywoływaniem snu długotrwałego lub równie niebezpiecznego leczenia hipoglikemicznymi wstrząsami insulinowymi). Od 1.X. do 31.XII.35 leczono Luminalem 88 chorych; w 57 przypadkach stwierdzono wyraźną poprawę (w tym było 39 wyników bardzo dobrych lub nawet z zupełnym ustąpieniem wszelkich objawów chorobowych). Niektórzy chorzy mogli bez żadnej przykrej senności przyjmować co drugi wieczór 2 g (!) Luminalu, inni przyjmowali w ciągu długich tygodni co wieczór 1 — 1,2 g (!), nie wykazując w ciągu dnia objawów senności. Obserwowano jednak również pacjentów, zwłaszcza kobiety powyżej 70 lat, którzy nie znosili więcej niż 0,2 g dziennie. Należy wobec tego postępować indywidualnie i wyszukiwać dla każdego chorego najodpowiedniejszą dawkę. W razie wystąpienia dolegliwości lub niepożądanych objawów ubocznych zmniejszamy dawkę.

Zdawałoby się, że po tak wielkich dawkach Luminalu powinny wystąpić zawroty głowy, oczopląs i chwiejny chód. W rzeczywistości jednak tolerancja preparatu była bardzo dobra. Niektórzy chorzy skarżyli się wpawdzie na zawroty głowy i niepewny chód, co dowodziło jednak tylko, że w tych przypadkach dawka była indywidualnie zbyt wysoka. Chorych kładziono na 1 do 2 dni do łóżka i zmniejszano dawkę. U ludzi starych, nowoprzyjętych do zakładu, a zwłaszcza słabych lub gorączkujących należy postępować ostrożnie.

Pewna chora po codziennej wieczornej dawce 0,7 g oddawała bezwiednie w nocy mocz; po zmniejszeniu dawki do 0,5 g przykry ten objaw ustąpił bez

śladu. 3 — 4 pacjentów, których utrzymywano w stanie stałej lekkiej senności, nie mogli oddawać moczu; to zatrzymanie moczu trwało kilka dni i ustąpiło samoistnie. Jeden z chorych pod wpływem przedawkowania widział przez kilka dni podwójnie. Dwaj chorzy wymiotowali; po odstawieniu Luminalu na kilka dni wznowienie podawania preparatu nie wywołało już żadnych zaburzeń. Niektórzy pacjenci skarżyli się na „sztywność" stawów, jednakże badanie przedmiotowe żadnych zmian nie wykazało. Sprawa polegała na katatonicznym napięciu mięśni. W niektórych przypadkach działanie samego Luminalu było niedostateczne. Stosowano wówczas jednocześnie z Luminalem jeszcze kąpiele, skopolaminę, Tinct. opii, siarkę, wodan chloralu (przy zapaleniu mózgu również atropinę); takie kombinowane leczenie dawało często bardzo dobre wyniki. Najlepiej reagowali pacjenci podnieceni, chorzy zaś maniakalni z urojeniami i omamami zmysłowymi reagowali przeważnie znacznie gorzej. Przerwanie kuracji działa, jak się zdaje, niepomyślnie, gdyż po wznowieniu leczenia skuteczność terapii jest znacznie mniejsza.

Oto kilka przykładów:

1. Chora, lat 38. Leży nieruchomo i rozmawia bez przerwy sama ze sobą. Trzy kuracje siarkowe pozostały bez wszelkiego wpływu na stan pacjentki. Postępujące pogorszenie. Luminal 0,8 g (!) co drugi wieczór. Po 3 tygodniach spokojna, cicha, rozsądna. Po 6 miesiącach wypisana bez objawów chorobowych z zaleceniem przyjmowania co wieczór po 0,3 g Luminalu. Pracuje. Od 24 lat nigdy nie czuła się i nie zachowywała się tak dobrze.

2. Chora lat 51. Dementia paralytica leczona zimnicą. Zachowuje się bardzo głośno i przeszkadza. Zanieszyszcza się, czasami gwałtowna. Otrzymuje 0,6 g, następnie 1 g (!) Luminalu co drugi wieczór. Po upływie 2 miesięcy spokojna, cicha i czysta. (Liczne próby zmniejszenia dawki do 0,8 g wywoływały natychmiastowe pogorszenie).

3. Chory lat 40. Halucynacje. Urojenia prześladowcze, ruchy poniewolne, wzrastające podniecenie, kłótliwość. Początkowo 0,4 g Luminalu, później 0,5 co drugi wieczór. Po 3 i pół miesiącach znacznie spokojniejszy, pracuje. Po 6 miesiącach wypisany z dawką 0,2 g Luminalu codziennie; pracuje, zachowuje się jak zdrowy.

4. Chora lat 76. Prawie od 2 lat stale podniecona. Mówi bez przerwy, krzyczy, śmieje się i śpiewa. 0,8 g (!) Luminalu co drugi wieczór. Ze względu na chwiejny chód dawkę zmniejszono do 0,5 g. Po 14 dniach nadzwyczajna poprawa, pacjentka zupełnie spokojna.

5. Chora lat 73. Od 33 lat bez przerwy w zakładach dla umysłowo chorych. Stale podniecona, krzykliwa, awanturnicza. 0,4 Luminalu co drugi wieczór. Po 3 tygodniach znacznie spokojniejsza, zachowuje się cicho i łagodnie.

6. Chory lat 21. Otępiały, przygnębiony, następnie podniecony, rwie bieliznę pościelową. Początkowo 0,6 g, później 0,8 (!) co drugi wieczór. Po 14 dniach znaczna poprawa, po 2 miesiącach wypisany bez objawów chorobowych ze wskazaniem stałego przyjmowania 0,2 — 0,3 g Luminalu co wieczór.

Prof. dr A. SUHEYL, Zakład Historii Medycyny Uniw. w Stambule.

KILKA SZCZEGÓŁÓW Z HISTORII STARO-TURECKIEJ MEDYCYNY.

(Według Podręcznika Chirurgii Abula Kasima, 1465).

Wpływ Turków na medycynę wschodnią był z pewnością nie mniejszy niż wpływ Arabów i Persów. W piśmiennictwie zachodnim znajdujemy jednak bardzo mało wzmianek o zasługach naukowych medycyny tureckiej. To pomniejszanie znaczenia medycyny tureckiej zależało od tego, że starożytni Turcy korzystali w nauce z języka arabskiego, który, podobnie jak łacina na Zachodzie, był urzędowym językiem naukowym na Wschodzie. Ponad to religia muzułmańska zabrania odróżniania narodowości. W ten sposób wszystkie dzieła medycyny tureckiej stały się częścią ogólnej cywilizacji islamu. Gdy następnie historycy zachodni zapoznali się ze starymi pracami naukowymi, zaczęto mówić o medycynie arabskiej. Wielu wielkich uczonych, których zwykle uważa się za Arabów, jak np. Avicenna, byli z całą pewnością Turkami. Obowiązkiem historyków medycyny jest zbadanie ponowne źródeł historycznych i sprostowanie tych niedokładności. Średniowieczne tureckie urządzenia sanitarne, z których do dnia dzisiejszego pozostały nie tylko imponujące ruiny lecz nawet wspaniałe archiwa, dowodzą w przekonywujący sposób wysokiego poziomu starej medycyny tureckiej.



1. Gabinet lekarski w XVII wieku (rysunek Süheyla).

W bibliotekach Istambułu oraz większych miast tureckich istnieją jeszcze do dzisiejszego dnia bogate zbiory rękopisów lekarskich; niektóre z tych rękopisów zawierają piękne miniatury. Przytoczone tu obrazy pochodzą ze znakomitego dzieła *Abula Kasima* „Kitabul Djerrahié“ (Podręcznik Chirurgii). Wśród rysunków, które lekarz turecki *Sabundju Oglu Scherefeddin* zebrał w swym dziele „Kitabul Djerrahié Ilhanié“ (1465) znajdujemy pewną ilość podobizn instrumentów chirurgicznych. Jedna z miniatur *Sabundju Oglu* przedstawia scenę leczenia zwichnięcia ramienia. Na podstawie tej miniatury możemy sobie wyobrazić sposób zachowania się lekarza, jego pomocnika oraz chorego pod-

czas zabiegu nastawiania zwichnięcia (rys. 5). Autor dołącza do swych rysunków dostatecznie obszerne opisy, które mają na celu wyjaśnić, w jaki sposób postępować, aby dokonywany zabieg doprowadził do pożądanego celu.

Z 38. rozdziału 1. części opisującej kauteryzację, przytaczamy tu drugą miniaturę. Operacja odbywa się na otwartym powietrzu. Chory leży na trawie. Jego zwinięte ubranie służy mu jako poduszka. Z boku widzimy naczynie z rozżarzonym węglem. Lekarz trzyma instrument do kauteryzacji w prawym ręku i dokonywa zabiegu na podbrzuszu (rys. 2). Z objaśniającego opisu wynika, że rozchodzi się tu o leczenie schorzenia pęcherza. Czwarta miniatura przedstawia scenę kauteryzacji guza na karku (rys. 4). Pacjent siedzi w klasycznej pozycji do modlitwy. Lekarz z białą brodą przypala mu narośl.

Znacznie częściej znajdujemy miniatury tego rodzaju w dziełach nielekarskich, jak np. w książce historycznej „Zübdetüt tarich", w której jeden z rysunków przedstawia scenę, która odgrywa się w 12. stuleciu (1115, rys. 3). Miniatura odtwarza badanie słynnego cesarza seldżuków *Giyasseddina Ebulfetha Meshuta bin Mahmouda bin Melika Schaha* przez znakomitego lekarza *Ebula Berekiata*, który specjalnie w tym celu przybył z Bagdadu. Przy badaniu jest obecny również lekarz przyboczny cesarza. Jeden z lekarzy bada tętno dostojnego pacjenta, podczas gdy drugi kładzie mu rękę na czole i sprawdza w ten sposób, czy chory nie ma gorączki. Za cesarzem stojąca kobieta uchyla do połowy zasłonę.



2. Kauteryzacja.

Żadna z powyższych trzech miniatur nie daje nam pojęcia, jak wyglądał gabinet przyjęć ówczesnego lekarza tureckiego. Również w historycznych książkach tureckich nie znajdujemy opisów tego rodzaju ani odpowiednich rysunków. Zarówno w Istambule jak i w innych miastach Azji Mniejszej istniały jednak doskonale urządzone gabinety lekarskie; niektóre spośród nich zdobyły sobie nawet wielką sławę i powszechne uznanie, jak np. słynny gabinet *Yosufa Sinana Germiyani* w Kütahya.

Lekarze w Istambule mieszkali we wszystkich dzielnicach miasta. Gabinety ich nazywano „boutique medicale". Naczelny lekarz przyboczny sułtana, który piastował jednocześnie z urzędu wysokie stanowisko ministra zdrowia publicznego, był jedynym lekarzem w Istambule który nie miał prawa posia-

dania gabinetu przyjęć. Minister ten badał zdolności wszystkich lekarzy, którzy osiedlali się w mieście i wydawał pozwolenie na otwarcie „boutique medicale“, albo też zamykał ją, gdy mu się tak podobało.

Ci inspektorzy lekarscy albo „Hekim Baschi“ jak ich nazywano, dbali nie tylko o to, aby nie wydawać pozwoleń na praktykę lekarzom niezdolnym lecz uważali również, aby ogólna ilość lekarzy nie przekroczyła pewnej określonej normy. Tak np. nowy lekarz mógł się osiedlić w danej dzielnicy tylko wtedy, gdy inny lekarz przestawał praktykować i jedna „boutique“ się uwalniała. Właściciele tych gabinetów mieli przeważnie uczniów lub pomocników, którzy po upływie pewnego czasu mieli prawo usamodzielniać się.

W Starym Seraju zachował się do dzisiejszego dnia pokój lekarza z całkowitym urządzeniem; do lekarza tego zgłaszali się po porady chorzy pracownicy Seraju; pokój przedstawiał prawdopodobnie wzorowo urządzoną „boutique medicale“. Przytoczymy tu jeszcze miniaturę, narysowaną przez samego *Süheyla,* która na podstawie dokumentów wykazuje, jak w przybliżeniu wyglądał turecki gabinet lekarski w 17. wieku (rys. 1). W gabinecie tym znajdowała się zwykle duża biblioteka, zawierająca wielką ilość rękopisów lekarskich; wiele spośród tych rękopisów zachowało się do dzisiejszego dnia i znajduje się obecnie w różnych bibliotekach miejskich. Los tych manuskryptów w ciągu wielu stuleci można śledzić na podstawie napisów, jakie z biegiem czasu kolejni ich właściciele umieszczali na pierwszej stronicy.



3. Badanie lekarskie.

Wśród książek znajdowała się zawsze współczesna farmakopea. Poza tym niektóre rysunki dowodzą, że w gabinecie lekarza znajdowały się szafy, zawierające przyrządy lekarskie oraz naczynia apteczne, w których lekarze sami przyrządzali zalecone przez nich lekarstwa.

Lekarze urzędujący w Seraju lub w pałacach wielkich dostojników przygoto-

wywali w domu lekarstwa tylko dla miejscowego personelu oraz dla biednych zgłaszających się po porady. W podobny sposób postępowano również w szpitalach miejskich. W wielkich szpitalach jak *Fatiha*, sułtana *Ahmeta*, *Haseki*, *Atika Valide* lekarze leczyli nie tylko chorych przyjętych do szpitala, lecz również inne osoby zgłaszające się ambulatoryjnie. Chorzy od razu otrzymywali od lekarzy odpowiednie lekarstwa, wykonywane pod ich kontrolą przez doświadczonych pomocników. Jeżeli lekarza wzywano akurat w tym czasie do mieszkania pacjenta, to nie miał on już prawa przygotowania lekarstwa. Dawał on wówczas dokładną receptę, według której chory sam przygotowywał lek albo zanosił ją do Ahtara (handlarza leków), właściciela pierwotnej apteki.



4. Kauteryzacja guza na karku.

W archiwach tureckich zachowały się liczne oryginalne recepty zapisywane przez lekarzy-praktyków. Zasługuje między innymi na uwagę brak podpisu na tych receptach. W pałacach wysokich dostojników znajdowały się również szafy z książkami o sposobach wytwarzania nie drażniących i nieszkodliwych lecz skutecznych leków. Dla łatwego odróżnienia związków niebezpiecznych naklejano na odpowiednie butelki specjalne papierki z napisem „Zarejestrowane dla lekarza".



5. Lekarz i pomocnik podczas zabiegu.

Hekim Baschi Abdulhan Molla, naczelny lekarz przyboczny sułtana *Mahmuda II*, umieścił nad swymi drzwiami następujący napis, który stał się sławny: „Można tu otrzymać wszystko, co sobie życzymy, za wyjątkiem środka leczniczego przeciwko śmierci".

Wypróbowane recepty

PROTARGOL

Rp. Protargoli
Mentholi aa 0,2
Acidi borici sbt. plv. ad 20,0
S. Proszek od kataru.

Rp. Protargoli
Mentholi aa 0,2
Sacchari lactici ad 20,0
S. Proszek od kataru.

Rp. Protargoli 1,0 — 5,0
Glycerini 5,0 — 20,0
Aq. dest. frigid. ad 100 cm^3
D. ad vitr. fusc.

S. Do pendzlowania i płukania ust i nosa, do wkraplania do zewnętrznego przewodu słuchowego przy przewlekłym nieżycie gardła, przy Rhinitis vasomotor. i przy przewlekłym zapaleniu ucha środkowego.

Rp. Protargoli 1,0
Vaselini ad 10,0
M. ft. ungt.
S. Maść do oczu.

Rp. Protargoli 1,5
Zinci oxyd. 1,0
Amyli pulv. 1,0
Vaselini flavi 15,0
M. ft. ungt.
S. Do smarowania powiek przy Blepharitis.

Rp. Protargoli 2,0 — 10,0
Aq. dest. frigid. ad 200 cm^3
D. ad vitr. fusc.
S. Do wstrzykiwania lub wkraplania przy rzeżączce.

Rp. Protargoli 1,0 — 2,0
Aq. dest. frigid. ad 10 cm^3
S. 2 — 3 krople do oczu dla celów zapobiegawczych u noworodków.

Rp. Protargoli 0,05 — 0,1 g
Aq. dest. frigid. ad 50 cm^3
D. ad vitr. fusc.
S. Łyżeczkami od herbaty przy nieżytach kiszek u dzieci.

Rp. Protargoli 3,0
Pulv. et succ. liquir.
Muc. gum. arab.
q. s. ut f. pill. Nr. XXX
S. 2 — 3 razy dziennie po 2 pigułki przed jedzeniem (przy krwawieniach żołądkowych).



NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Zagadnienie wyleczalności przewlekłego reumatyzmu stawowego.

Anatomiczne preparaty mięśni i stawów osób chorych, zmarłych w ostrym okresie gorączki reumatycznej, należą do wielkiej rzadkości. Przy badaniu takiego preparatu widzimy obraz następujący:

W chrząstkach stawowych i w okolicy nasad nie znajdujemy nic szczególnego. Błona maziowa jest zgrubiała, żywo nastrzyknięta i powierzchownie odgraniczona szerokim wałem komórkowym. Również i okołostawowa tkanka tłuszczowa jest usiana guzkowatymi skupieniami komórek. Światło małych tętniczek jest mocno zwężone komórkowym przerostem błony wewnętrznej; często tętniczki te są nawet zupełnie niedrożne. W samej tkance mięśniowej, prawdopodobnie wskutek niedostatecznego zaopatrzenia w krew lub też wskutek działania czynników toksycznych, znajdujemy rozległe pola woskowatego zwyrodnienia włókien mięśniowych; w niektórych miejscach widzimy również ogniska martwicy i zwapnienia. Poprzeczne prążkowanie włókien mięśniowych jest zupełnie niewidoczne. Tkanka mięśniowa ulega czasem rozpadowi włókienkowemu. Wiązki mięśniowe rozpadają się na bryłki i wreszcie wchłaniają się doszczętnie. Jako objawy regeneracyjne widzimy obfite rozmnażanie się jąder komórek mięśniowych, a na brzegu przyczepu ścięgien nowo tworzącą się młodą tkankę łączną.

Niedrożność licznych naczyń tętniczych musi wreszcie doprowadzić do niedostatecznego zaopatrzenia w krew odnośnych odcinków tkankowych. Omówione obrazy anatomiczne wyjaśniają nam istotę niektórych objawów klinicznych i przemijające wyniki leczenia oraz zmiany anatomiczne stwierdzane przy przewlekłym reumatyzmie stawowym. Poważne zniszczenie tkanki mięśniowej bywa częstą przyczyną nieprawidłowego ustawienia kończyn (nadmierne odprowadzenie lub wyprostowanie, częściowe zwichnięcie). Również i właściwe zmiany stawowe, występujące w późnych okresach przewlekłego gośćca stawowego w obrębie nasad kostnych pod postacią wyrośli, rozpadu i różnych zniekształceń, zależą w pewnym stopniu od tych pierwotnych zaburzeń mięśniowych.

Wyleczenie powolnie postępującego przewlekłego „reumatyzmu", powstałego początkowo z ostrego okresu chorobowego, jest tak samo mało prawdopodobne jak wyleczenie marskości zanikowej nerek lub wątroby. „Reumatyzm" stanie się chorobą wyleczalną dopiero wtedy, gdy będziemy mogli doszczętnie zwalczyć na samym początku pierwsze objawy chorobowe z wszystkimi ich nieodwracalnymi skutkami.

Ad. M. Brogsitter, Berlin.

(D. M. W. 1936, Nr. 21).

Rogowacenie nabłonków śluzowych przy braku witaminy A i karotyny.

Podczas zimy i wiosny 1931/1932 na oddziale witaminowym Zakładu Biochemicznego w Sztokholmie wybuchła epidemia pasteurellozy szczurzej wywołana przez zakażenie Bacterium haemosepticum. Spośród 700 szczurów zachorowały tylko te, które w okresie ich rozwoju utrzymywano na diecie nie zawierającej witaminy A ani karotyny. Dokładne badania serologiczne wykazały, że niewątpliwe ochronne działanie karotyny nie zależy bynajmniej od zwiększenia wytwarzania przeciwciał. Stwierdzono

natomiast, że przy obfitym podawaniu witaminy A i karotyny młodym, szybko rosnącym zwierzętom zawartość związków purynowych w tkankach zwiększa się znacznie. Wydaje się więc, że ochronne działanie przeciwzakaźne witaminy A i karotyny jest związane głównie ze zwiększeniem się ilości związków purynowych pobudzających wytwarzanie się jąder komórkowych. Puryny znajdują się w jądrach pod postacią kwasów nukleinowych wzgl. nukleoproteinów.

Prof. Euler i dr Mahnberg.
Zakład Biochemiczny w Sztokholmie.
(Z. für physiol. Chem. 1935, tom 232).

Zaburzenia w gospodarce karotyny i witaminy A przy obrzęku śluzakowatym i kretynizmie.

W przypadkach hipertyreozy u ludzi stwierdzamy takie same zmiany w zachowaniu się witaminy A jak u zwierząt zatrutych tyroksyną. Przy chorobie Basedowa stwierdzono, że zawartość karotyny i witaminy A w surowicy zmniejszała się znacznie i to nawet do tego stopnia, że poziom jej opadał do zera. Podawanie Voganu lub wykonanie operacji ponownie zwiększało zawartość witaminy A, jednakże po zaprzestaniu stosowania Voganu poziom witaminy A w surowicy obniżał się prędzej niż u ludzi zdrowych. W przypadkach obrzęku śluzakowatego i kretynizmu przemiana karotyny w witaminę A ulega wyraźnym zaburzeniom i tym tłumaczy się, że również i tutaj zawartość witaminy A w surowicy jest znacznie zmniejszona.

Dr H. Wendt,
Klinika Wewn. w Monachium.
(M. M. W. 1935 Nr 42).

Leczenie agranulocytozy Campolonem.

Autor opisuje historie chorób dwóch pacjentek dotkniętych agranulocytozą i pomyślnie leczonych Campolonem. U pierwszej chorej objawy agranulocytozy wystąpiły podczas leczenia przeciwkiłowego. Po bezskutecznej i niepotrzebnej próbie leczenia swoistej anginy agranulocytowej za pomocą miejscowego pendzlowania roztworem preparatu arsenobenzolowego autor zastosował energiczne leczenie wątrobowe i zastrzyknął jednorazowo 30 cm³ Campolonu. To jedno jedyne wstrzyknięcie okazało się dostateczne do osiągnięcia wyleczenia. Drugą chorą również usiłowano początkowo leczyć miejscowo arsenobenzolem, lecz dopiero wstrzyknięcie 20 cm³ własnej krwi i 20 cm³ Campolonu sprowadziło poprawę a następnie zupełne wyleczenie.

Dr Radvanyi.
(Gyogyaszat 1935, Nr 22).

Zanik nerwu wzrokowego jako objaw anemii złośliwej.

Występowanie zaburzeń wzrokowych, osłabienia wzroku i t. p. przy niedokrwistości wzrokowej należy do wyjątkowej rzadkości; w piśmiennictwie nie znajdujemy wcale opisów przypadków tego rodzaju, gdyż na zaburzenia te nie zwracano widocznie dostatecznej uwagi. Autor opisuje dwóch chorych w wieku 46 i 55 lat, u których pierwszym objawem niedokrwistości złośliwej były zmiany nerwu wzrokowego. Żadnych innych zaburzeń, które mogłyby wywołać schorzenie nerwu wzrokowego (kiły, stwardnienia tętnic, nadużywania tytoniu i t. d.) u pacjentów tych nie stwierdzono. Oprócz istniejących już od dłuższego czasu zaburzeń wzrokowych dokładne badanie kliniczne wykazało jedynie typowe objawy anemii złośliwej. Leczenie polegało na domięśniowych wstrzykiwaniach Campolonu (przez pierwsze 7 dni po 4—5 cm³ dziennie, później co 2 dni wzgl. 2 razy tygodniowo). Leczenie Campolonem w krótkim czasie doprowadziło obraz krwi do normy i jednocześnie wpłynęło nadzwyczaj pomyślnie na zdolność widzenia, tak że chorzy stopniowo odzyskali zdolność do pracy.

Dr H. Cohen, Liverpool.
(Lancet 1936 Nr 5908).

Wyniki rozpoznawcze pyelografii wydzielniczej u dzieci.

Dla celów urografii dożylnej u dzieci nadaje się najlepiej niedrażniący preparat Per-Abrodil. Niemowlętom i małym dzieciom wstrzykuje się dożylnie 3 — 4 cm³,

dzieciom starszym 8 — 10 cm³. Najlepsze wypełnienie kontrastowe narządu moczowego osiąga się w przeciętnych warunkach między 6. i 15. minutą po wstrzyknięciu. U niemowląt i w ogóle u dzieci, u których wstrzyknięcie dożylne natrafia na trudności techniczne, można stosować Per- Abrodil również do odbytnicy lub podskórnie. U 3 chłopców w wieku 2 miesięcy, 6 i 11 lat dożylna pyelografia wydzielnicza za pomocą Per-Abrodilu umożliwiła postawienie właściwego rozpoznania (złogi w moczowodach ze znacznym wodonerczem i osłabieniem czynności nerek i t. d.); wykonanie odpowiedniego zabiegu chirurgicznego sprowadziło wyleczenie. Osiągnięte pomyślne wyniki praktyczne są najlepszym dowodem wielkiego znaczenia pyelografii kontrastowej zwłaszcza u chłopców, u których pomimo stosowania cystoskopu niemowlęcego przeprowadzenie badania instrumentalnego natrafia na trudności wprost nie do przezwyciężenia; ponad to badanie cystoskopowe u dzieci wymaga czasami zastosowania nawet uśpienia ogólnego i jest zawsze bez porównania bardziej przykre niż urografia dożylna lub podskórna.

Dr Canigiani, Wiedeń.
(Wien. med. Woch. 1936 Nr 36-37).

Spostrzeżenia nad działaniem Icoralu.

Chora w ciężkiej zapaści operacyjnej otrzymuje naprzemian podskórne wstrzykiwania Hexetonu i kofeiny, a następnie co ¹/₂ godziny Icoral domięśniowo. Po 3 godzinach stwierdzono nieznaczną, a po 5 godzinach (co godzinę 1 cm³ Icoralu domięśniowo) już wyraźną poprawę; sprawa zakończyła się zupełnie pomyślnie.

Chora cierpi na napad bardzo ciężkiej dychawicy oskrzelowej; pomimo stosowania strofantyny, glukonianu wapnia i adrenaliny stan chorej szybko się pogorszył (zapaść, sinica, śpiączka, brak odruchów). Wydawało się, że pacjentka jest stracona. W 10 sekund po wstrzyknięciu 1 cm³ Icoralu nastąpiła doraźna poprawa. Po upływie ¹/₂ godziny prawie wszystkie objawy chorobowe minęły; stan chorej bardzo dobry.

Przy domięśniowym wstrzykiwaniu 1 — 2 cm³ Icoralu działanie ujawnia się po 2— 5 minutach, przy stosowaniu dożylnym (0,5 cm³) po 10 — 30 sekundach. Icoral wpływa pomyślnie na tętno, oddech, ciśnienie krwi i wygląd chorych. Często wystarcza dla sprowadzenia doraźnej poprawy już jedno tylko wstrzyknięcie, czasami jednak zachodzi potrzeba częstego powtarzania wstrzykiwań przez czas dłuższy. Wstrzykiwania Icoralu można powtarzać bez żadnej obawy co ¹/₂—1 godziny. Icoral oddawał cenne usługi również przy leczeniu niedomogi sercowo-naczyniowej, przebiegającej ze zmniejszeniem ilości krwi krążącej, przy leczeniu zapalenia płuc, a zwłaszcza przy zatruciach środkami nasennymi i gazem świetlnym. Icoral jest następnie wskazany w przypadkach zapaści u hipertoników; o ile sprawa dotyczy istotnej, prawdziwej zapaści, to według autora Icoral nie jest tu przeciwwskazany. Hipertonika w stanie zapaści należy leczyć Icoralem zupełnie tak samo jak normotonika w zapaści. Po przezwyciężeniu objawów zapaści nie ma, oczywiście, już żadnego wskazania do dalszego stosowania Icoralu.

Dr B. Ercklentz,
Szpital Wszystkich Świętych w Wrocławiu.
(M. m. W. 1933, Nr. 21).

Leczenie Prontosilem ziarenkowcowych zakażeń dróg moczowych.

Pomyślne wyniki leczenia chemoterapeutycznego schorzeń paciorkowcowych i gronkowcowych za pomocą Prontosilu skłoniły autora do wypróbowania tego leku również przy ziarenkowcowych zakażeniach dróg moczowych. Działanie lecznicze w dwóch obserwowanych przypadkach należy uważać za przekonywujące, gdyż dotyczyło chorych, których już od dłuższego czasu leczono bezskutecznie przepłukiwaniami i wewnętrznymi środkami odkażającymi drogi moczowe. Pierwsza chora, 35-letnia kobieta, cierpiała od 1934 r. na uporczywy nieżyt pęcherza moczowego; latem 1935 pacjentka przybyła do Wildungen. Mocz pobrany cewnikiem zawierał liczne ciałka białe i pojedyńcze krwinki czerwone. Obraz cystoskopowy wykazał rozlane i silne zapalenie

śluzówki pęcherzowej. Leczenie miejscowe pęcherza moczowego i jednoczesne stosowanie wewnętrznych środków odkażających drogi moczowe doprowadziło wprawdzie do nieznacznego wyjaśnienia się moczu, jednak natężenie dolegliwości nie zmieniło się wcale. W tym czasie chora zaczęła przyjmować Prontosil w dawce 3 razy dziennie po 1 tabletce. Już po 3 dniach cewnikowany mocz stał się zupełnie przezroczysty, osad zawierał jedynie pojedyńcze ciałka ropne i nieliczne ziarenkowce. Jednocześnie bóle zmniejszyły się znacznie. Po dalszych 9 dniach mocz był mikroskopowo jałowy i nie zawierał wcale leukocytów, chora zaś nie doznawała już żadnych zupełnie dolegliwości. Drugi pacjent, 61-letni mężczyzna, zachorował nagle przed 5 tygodniami z dreszczami i wysoką gorączką; chory skarży się na dolegliwości pęcherza i bóle w okolicy nerkowej. Jednocześnie wystąpiło silne zapalenie cewki moczowej z bardzo obfitą wydzieliną, tak że w ciągu nocy trzeba było dwukrotnie zmienać opatrunek. Wydzielina nie zawierała gonokoków, znaleziono natomiast bardzo liczne gronkowce. Druga porcja moczu była wybitnie ropna, na preparacie barwionym wykryto również obecność gronkowców. Po 2 dniach przyjmowania Prontosilu w dawce 3 razy dziennie po 1 tabletce, wyciek się zmniejszył i druga porcja moczu stała się bardziej przezroczysta. Po 10 dniach wyciskanie cewki również i rano nie dawało żadnej wydzieliny. Pierwsza porcja moczu zawierała już tylko nieliczne nitki, porcja druga była przezroczysta i nie zawierała ani leukocytów ani bakteryj.

Przyjmowanie Prontosilu nie wywoływało żadnych zaburzeń żołądkowo - kiszkowych ani w ogóle jakichkolwiek objawów ubocznych. Pomyślny wpływ Prontosilu na przebieg choroby był bezpośredni i wyraźny, tak że osiągnięte wyleczenie należało niewątpliwie przypisać działaniu preparatu.

Dr G. Klose, Wildungen.

(D. med. Wochenschrift 1936 Nr 22).

W sprawie leczenia duru brzusznego.

Prontosil pomaga również przy durze brzusznym i skraca tu czas trwania choroby z 3—4 tygodni do 8—10 dni. Po 3—4 domięśniowych wstrzyknięciach Prontosilu i przy jednoczesnym doustnym podawaniu Prontosilu w tabletkach gorączka po 4—5 dniach opadała do normy, następnie jeszcze 1—2 razy podnosiła się nieznacznie i wreszcie mniej więcej po 10 dniach ustępowała już ostatecznie. Oprócz domięśniowych wstrzykiwań kamfory i odpowiedniej diety żadnego innego leczenia nie stosowano. Materiał obserwacyjny autora opiera się na 24 chorych durowych. Jako szczególnie ciekawe przypadki autor przytacza 2 następujące historie choroby:

1. Chory M. S., lat 28, dur brzuszny. Po 27 dniach trwania choroby wezwano autora do wioski, w której mieszkał pacjent. Badanie przedmiotowe wykazało: chory wychudzony jak szkielet, odleżyny, zamroczenie, gorączka 40,5°. Natychmiastowo zastosowano domięśniowe wstrzyknięcie 1 ampułki Prontosilu (5 cm³ 2,5%-owego roztworu), 2 ampułki Hexetonu domięśniowo. Odżywianie per rectum. Rodzina liczyła się z możliwością zgonu w ciągu najbliższych godzin. Następnego dnia zgłosiła się do autora rodzina chorego i doniosła, że pacjent w 2 godziny po wstrzyknięciu obudził się ze swego stanu odurzenia i poprosił o mleko do picia, w godzinach rannych ciepłota obniżyła się do 37,8°. Ze względu na

to, że warunki pielęgniarskie w domu chorego były fatalne, przewieziono go następnie do szpitala powiatowego; w szpitalu nadal stosowano leczenie Prontosilem. Po upływie 3 tygodni chory powrócił zupełnie do zdrowia, wypisano go bez jakichkolwiek objawów chorobowych, w dobrym stanie ogólnym.

2. Dziecko T. K., lat 5, objawy o cechach duru brzusznego. Od 2 dni wysoka gorączka, bezustanne wymioty, początkowe objawy zaburzeń mózgowych, gorączka 41°, zamroczenie, nie reaguje na wezwanie, odczyn dwuazowy dodatni. Natychmiastowo domięśniowy zastrzyk $^1/_2$ ampułki Prontosilu. Wieczorem gorączka 39,5°, objawy mózgowe ustąpiły. Na drugi dzień znowu $^1/_2$ ampułki Prontosilu domięśniowo. Gorączka, która rano wynosiła jeszcze 39°, opada wieczorem do 38°. Poczynając od drugiego dnia, chory przez 10 dni przyjmował Prontosil doustnie w dawkach 3 razy dziennie po $^1/_2$ tabletki. Dalszy przebieg bezgorączkowy. W 9. dniu od początku choroby mały pacjent mógł już opuścić łóżko.

Od tego czasu przy durze lub choćby podejrzeniu na dur u małych dzieci autor stale wstrzykiwał domięśniowo Prontosil w dawkach $^1/_4$ do 1 ampułki i ani razu nie stwierdził przy tym żadnych zaburzeń lub niepożądanych objawów działania ubocznego. Również tolerancja tabletek była bardzo dobra.

Dr Erich Kiewe.
(Clinic. Excerpts 1936 Nr 8-9).

Częstość występowania trichomonad w pochwie.

Autor zbadał 300 kobiet cierpiących na upławy pochwowe; u 66 (=22%) znaleziono w wydzielinie trichomonady. Przy ostrej rzeżączce nigdy trichomonad nie znajdywano; również i odwrotnie u 66 pacjentek z obecnością trichomonad ani razu nie stwierdzono klinicznie ani bakteriologicznie rzeżączki. Dla leczenia upławów wywołanych przez trichomonady autor stosował Devegan albo Yatren 105. Przed zakładaniem Deveganu pacjentki przepłukiwały pochwę kwasem bornym, naparem z rumianku lub roztworem Lugola; czas kuracji trwał od 8 do 12 tygodni (co drugi dzień po 2 tabletki). Materiał obserwacyjny autora składał się z 40 pacjentek, z których 20 leczono Deveganem a 20 Yatrenem 105. U 27 spośród 40 pacjentek stwierdzono jeszcze następujące powikłania: Vulvitis, Kolpitis, Cervicitis, Endomedritis lub Adnexitis. Leczenie Deveganem albo Yatrenem szybko usuwało trichomonady (przeważnie w ciągu 5 dni); podczas dwumiesięcznej obserwacji nie stwierdzono nawrotów trichomonad. Devegan usunął upławy u 5 chorych (25%), a Yatren 105 u 8 (40%); dla doszczętnego wyleczenia upławów potrzebne jest leczenie długotrwałe.

Dr G. Duco.
(Diss. Santiago de Chile 1935).

Nieżyt pęcherza moczowego na tle zakażenia trichomonadami.

Chora cierpi od dłuższego czasu na lekkie upławy wywołane przez zakażenie pochwy trichomonadami. Z biegiem czasu wystąpiły objawy zapalne również ze strony pęcherza moczowego, przy czym czynnikiem wywołującym okazały się również trichomonady. Autor rozpuścił 2 tabletki Deveganu w 150 cm³ wody przekroplonej i wlał ten roztwór do pęcherza moczowego za pomocą strzykawki, połączonej z cewnikiem. Chora otrzymała polecenie, aby starała się wstrzyknięty płyn chwilowo zatrzymać w pęcherzu i oddać mocz natychmiast po przyjściu do domu (pacjentka mieszkała w oddaleniu 5 — 10 minut). Już to pierwsze przepłukanie wystarczyło do prawie zupełnego uśmierzenia wszelkich dolegliwości pęcherzowych; mocz wykazywał zaledwie bardzo nieznaczne zmętnienie. Drugie takie same przepłukanie sprowadziło ostateczne wyleczenie.

Druga pacjentka cierpiała na krwotoczne zapalenie pęcherza moczowego. Rozpoznanie było oparte na wywiadach, badaniu moczu i badaniu cystoskopowym. W wydzielinie pochwowej znaleziono kolosalną ilość trichomonad. W osadzie moczowym można było rozpoznać tak zwane postacie torbielo-

we. Pomimo znacznych cystoskopowych zmian pęcherzowych już po 2 przepłukiwaniach nastąpiła doraźna poprawa. Lekki nawrót po kilku dniach zależał prawdopodobnie od tego, że nie podjęto jednoczesnego leczenia nieżytu pochwy, wywołanego przez trichomonady.

Dr J. Jäger, Odenkirchen.
(Münch. med. Wschr. 1935. Nr. 14).

Omnadina w praktyce codziennej.

Autor stosuje Omnadinę prawie we wszystkich ostrych chorobach zakaźnych. Przy anginach, róży, poronieniach o przebiegu gorączkowym, ostrych zapaleniach przydatków Omnadina wpływała wybitnie pomyślnie na stan ogólny i przyczyniała się do szybkiego obniżenia gorączki. Ostatnio pewien autor węgierski zwrócił uwagę na lecznicze działanie Omnadiny przy krztuścu; *Walb* sprawdził te spostrzeżenia i przekonał się na własnym materiale o ich słuszności. We wszystkich wspomnianych chorobach Omnadina wydatnie skracała czas trwania choroby. Rozumie się tu samo przez się, że w związku ze stosowaniem Omnadiny nie wolno jednak zaniedbywać odpowiedniego leczenia ogólnego.

1. Chora lat 35, 12.8.1935 rozległa róża twarzy, pochodząca z małego czyraka na nosie. Gorączka 40,8°, stan gwałtownego podniecenia, twarz obrzmiała. Natychmiastowe wstrzyknięcie 4 cm³ Omnadiny. Zewnętrznie objawowo ichtiol. 13.8 róża nie posuwa się dalej. 14.8 gorączka 38,9°, objawy róży bez zmian. Jeszcze raz 4 cm³ Omnadiny. 15.8. obrzmienie powiek znacznie mniejsze. Silne zaczerwienienie i nieznośne napięcie ustąpiło, samopoczucie znacznie lepsze. Ciepłota 38,8°. 17.8. objawy róży ustępują, stan bezgorączkowy. Wyleczenie.

2. Mężczyzna, lat 38; róża z objawami oponowymi. Źródło choroby — czyrak nosa. Zupełne zniekształcenie twarzy z kolosalnym obrzmieniem czoła. 12.8. gorączka 41°. Natychmiastowe wstrzyknięcie 6 cm³ Omnadiny. Następnego dnia objawy zapaści, obfite poty, silne podniecenie. Leczenie objawowe naprzemian ichtiolem i wilgotnymi okładami. 14.8. jeszcze raz 2 cm³ Omnadiny. Stan bez zmian. Ciepłota 39°. 17.8. gorączka 37,8°. Róża ustępuje. 19.8. Samopoczucie dobre, wyleczenie.

3. Chora, lat 29, od 2 dni częste dreszcze. Ciepłota w odbytnicy 41,6°. Poronienie w drugim miesiącu. 14.1.36. chinina, płód częściowo się wydala, gorączka utrzymuje się nadal na wysokim poziomie, dreszcze. 15.1. 4 cm³ Omnadiny. 16.1. dreszczy nie było, ciepłota 37,3°. 17.1. Skrobanie bez uśpienia, pałeczki węglowe do macicy, 2 cm³ Omnadiny. Dalszy przebieg gładki, wyleczenie.

4. Chora, lat 39, ostre zapalenie przydatków z wytwarzającym się ropniem jajowodu. 22.10. gorączka 40,2°. Natychmiast 4 cm³ Omnadiny, okłady z lodu. 24.8. 4 cm³ Omnadiny, gorączka 38,2°. Objawy podobne do niedrożności. 26.8. wielki wysięk. Jeszcze raz 2 cm³ Omnadiny. 28.10. ciepłota 37,3°, stan lepszy. 4.11. od kilku dni stan bezgorączkowy. Stan ogólny poprawia się wyraźnie. Szafki świetlne. Wyleczenie.

5. 5-letni chłopczyk, od 14 dni ciężki krztusiec, częste napady kaszlowe. 28.12. 4 cm³ Omnadiny. 30.12. według relacji matki napady znacznie słabsze. 31.12. 4 cm³ Omnadiny, po czym po kilku dniach napady ustąpiły zupełnie.

6. Własne dziecko autora (12 miesięcy), od 2 dni kaszle, zwłaszcza w nocy. 24.12. 2 cm³ Omnadiny. Kaszel nocny ustąpił prawie zupełnie. 27.12. jeszcze raz 2 cm³ Omnadiny. Kaszel i objawy nieżytowe cofają się bez śladu. Waga dziecka powiększa się szybko.

Dr L. Walb, Hammelbach.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 6).

Pomyślny przebieg ciężkiej flegmony dna jamy ustnej, leczonej Omnadiną.

Działanie Omnadiny polega na tym, że podskórne wstrzyknięcie preparatu wywołuje fagocytozę i leukocytozę i wzmaga siły obronne ustroju. Poniżej opisany przypadek wykazuje, jak skutecznie przyczyniła się Omnadina do prawie doraźnego przezwyciężenia niebezpiecznej ostrej sprawy zapalnej:

Pacjent ma lat 24, poprzednio zawsze zdrów i silny. Ostatnio skarżył się na bardzo dokuczliwe bóle okostnowe w okolicy 2. dolnego lewego zęba trzonowego. W zębie tym znajdowała się stara plomba amalgamowa. Znaczna bolesność zęba przy opukiwania. Dentysta usunął plombę. Kanał korzenia był wypełniony gnilną zawartością. Kanały oczyszczono i rozszerzono, do jamy zębowej włożono nieszczelny opatrunek z waty z jodyną. Bóle ustąpiły prawie zupełnie po 20 minutach naświetlania lampą Sollux. Następnego dnia cała lewa połowa twarzy spuchła. Szczękościsk 2. stopnia, gorączka 39,8°, na dnie jamy ustnej obrzmienie twarde jak deska, obustronne znaczne zaczerwienienie i obrzmienie migdałków podniebiennych. Ze względu na objawy anginy lekarz natychmiast wstrzyknął Omnadinę. Wieczorem chory poczuł się znacznie lepiej, gorączka 38°, stwardnienie ulega zropieniu. Po 3 dniach pacjent czuje się zupełnie dobrze. Obrzmienie na dnie jamy ustnej cofnęło się bez śladu, wrażliwość zęba na opukiwanie ustąpiła. Po wyleczeniu zęba można go było po 8 dniach znowu zaplombować. W przypadku tym Omnadina nie tylko wyleczyła w tak krótkim czasie anginę, lecz zapobiegła jednocześnie wytworzeniu się niebezpiecznego ropnia opadowego.

Dr Nehrenheim, Hermesdorf w Turyngii.
(D. Z. W. 1936 Nr. 26).

Znieczulenie lędźwiowe i bóle głowy.

Autor zajął się zagadnieniem bólów głowy występujących po znieczuleniu lędźwiowym. W pracy swej opiera się na 2000 przypadków zabiegów chirurgicznych wykonanych w znieczuleniu lędźwiowym za pomocą Novocainy lub środków znieczulających z innej grupy chemicznej. Bóle głowy występowały w 20—30% przypadków. Autor uważa, że występowanie bólów głowy nie zależy od techniki zabiegu. Stosowanie cieńszych lub grubszych igieł nie ma tu żadnego znaczenia. Również i doświadczenie lekarza nie odgrywa tu roli decydującej: ilość przypadków z bólami głowy w pierwszym tysiącu znieczuleń była u tego samego lekarza prawie dokładnie taka sama jak w drugim tysiącu zabiegów, gdy doświadczenie osobiste lekarza przecież zwiększyło się znacznie. Pewne znaczenie mają wiek i płeć; u kobiet bóle głowy występowały częściej i natężenie ich było silniejsze niż u mężczyzn, u pacjentów powyżej 40 lat częstość bólów głowy była 2 razy mniejsza niż u chorych poniżej 40 lat. Novocaina wywołuje bóle nieco rzadziej niż inne środki znieczulające. Typ bólów głowy po znieczuleniu lędźwiowym jest pod pewnymi względami podobny do migreny, która również słabnie i zanika w miarę starzenia się. 4—6 kropel 1/2%-owego alkoholowego roztworu nitrogliceryny usuwa bóle w ciągu kilku minut.

Dr Bacher-Gröndahl,
Szpital Haukeland, Bergen.
(Schmerz, Nark., Anaesth. 1936, tom 9).

Postępowanie przedoperacyjne przy chorobie Basedowa.

Autorzy są zwolennikami krótkotrwałego, lecz energicznego przygotowania jodowego przed operacją choroby Basedowa. W ciągu 8—10 dni osiąga się pożądane możliwie jaknajlepsze warunki do wykonania operacji. Dieta powinna zawierać mało związków białkowych i tłuszczów, natomiast obfitować w węglowodany. Bardzo duże znaczenie ma podawanie środków uspokajających (Luminal i t. p.). Zaburzenia sercowo-naczyniowe najpewniej i najskuteczniej zwalczamy za pomocą stosowania naparstnicy i chinidyny; wskazane jest przystępować do leczenia nasercowego dopiero w 4. dniu po przygotowaniu jodowym. Nadmiernie przyspieszone bicie serco probujemy złagodzić ergotaminą, którą podajemy jednak tylko przez krótki czas w dawkach 3 razy dziennie po 1/2 do 1 tabletki. Zaburzenia kiszkowe reagują najlepiej na preparaty trzustkowe.

Prof. dr F. Sauerbruch i G. Woytek.
Klin. Chir. Uniw. Berl. Charité.
(Journ. Int Chir. 1936, tom 1).

Leczenie zapalenia opon mózgowordzeniowych u dzieci.

Przy leczeniu zapalenia opon mózgowordzeniowych należy pomimo licznych niepowodzeń na pierwszym miejscu postawić jednak seroterapię. Spośród różnych metod leczenia bodźcowego (mleko, pepton, izohemoterapia i t.d.) najlepsze wyniki daje proteinoterapia. W dziedzinie chemoterapii stosowanie połączeń srebrowych i chininowych zostało z biegiem czasu zupełnie zarzucone. Natomiast leczenie Trypaflaviną zachowuje nadal swą całkowitą wartość terapeutyczną. Trypaflavinę stosuje się w roztworze fizjologicznym. Osobom dorosłym najlepiej w stężeniu 1 : 5000, dzieciom w roztworze 1 : 20000 — 1 : 50000. Wstrzykuje się dolędźwiowo lub podpotylicznie 1 — 5 cm^3 po uprzednim wypuszczeniu odwiedniej ilości płynu. Im młodsze jest dziecko, tym mniejsza powinna być dawka i tym większe rozcieńczenie. Wstrzykiwania powtarza się zależnie od potrzeby codziennie lub w dłuższych odstępach czasu.

Dr E. Imbassahy, Niteroi.
(Jorn. Pediatr. 1935, Nr. 6).

Stosowanie jadu kobry dla celów klinicznych, a zwłaszcza dla uśmierzania bólów u chorych na raka.

Trucizna węża kobry zawiera swoiście działającą neurotoksynę, obdarzoną własnościami przeciwbólowymi, któreby można wykorzystać dla celów leczniczych. W ostatnich czasach udało się wyodrębnić tę neurotoksynę i oddzielić ją od wysoce szkodliwych związków toksycznych jak hemolizyny, hemoraginy, albuminy. Oczyszczona toksyna kobry nie traci swych własności przeciwbólowych co najmniej przez 9 miesięcy. Ma ona przedstawiać środek przeciwbólowy, skuteczny nawet przy gwałtownych bólach chorych rakowatych. Jednakże wyniki osiągnięte przez autora w Utrechcie są bez porównania gorsze niż wyniki, których można się było spodziewać na podstawie pierwszych doniesień autorów francuskich.

Dr L. W. van Esveld,
Ryks Inst. v. d. Volksgezondh., Utrecht.
(Bioch. Zschr. 1936, tom 283).

Leczenie padaczki dietą ketogenną.

Autor próbował leczyć 6 epileptyków dietą ketogenną. Dieta ta pozostała jednak zupełnie bez wpływu na częstość występowania i natężenie napadów. Wobec tego niepowodzenia autor zaleca zwykłą, zmienianą dietę. Objawowe leczenie przeciwpadaczkowe za pomocą Prominalu lub Luminalu zawsze łagodziło przebieg choroby. Środków tych nie wolno nigdy odrazu odstawiać, gdyż po takim zaprzestaniu leczenia stan pacjentów może się pogorszyć. Trzech epileptyków leczono z doskonałymi wynikami Prominalem naprzemian z Luminalem, który podawano zwłaszcza wtedy, gdy potrzebne było osiągnięcie również wpływu nasennego.

Dr J. Pereyera Kafer.
(Prensa Med. Argentina 1935, Nr. 27).

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna nr 5. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Wzorowej, Warszawa, ul. Długa 20.